CENTRO PER LO STUDIO DIAGNOSI E TERAPIA DEI TUMORI
Ospedale Maggiore di S. Giovanni Battista e della Città di Torino

Riunioni
Mediche - Chirurgiche - Radiologiche dimostrative
del Piemonte

Vol. I - 1928 (VI)

A cura del Prof. **PAOLO PIETRA**
Segretario del Centro

TORINO
TIPOGRAFIA EDITRICE « MINERVA »
:: :: Via Martiri Fascisti, 15 :: ::

CENTRO PER LO STUDIO DIAGNOSI E TERAPIA DEI TUMORI
Ospedale Maggiore di S. Giovanni Battista e della Città di Torino

---

Riunioni
Mediche - Chirurgiche - Radiologiche dimostrative
del Piemonte

Vol. I - 1928 (VI)

A cura del Prof. PAOLO PIETRA
Segretario del Centro

TORINO
TIPOGRAFIA EDITRICE « MINERVA »
:: :: Via Martiri Fascisti, 15 :: ::

Centro per lo studio diagnosi e cura dei tumori

Ospedale Maggiore di S. Giovanni Battista e della Città di Torino

---

Preside:

Prof. Sen. B. Pescarolo, Medico primario dell'Ospedale di S. Giovanni Battista.

Direttori:

Prof. B. Morpurgo, Direttore dell'Istituto di Patologia generale della R. Università.

Prof. F. Micheli, Direttore dell'Istituto di Clinica medica generale della R. Università.

Prof. M. Donati, Direttore dell'Istituto di Clinica chirurgica generale della R. Università.

Prof. M. Bertolotti, Direttore dell'Istituto radiologico dell'Ospedale di S. Giovanni, incaricato di Radiologia nella R. Università.

Prof. Pochettino, Direttore dell'Istituto di Fisica della R. Università.

Prof. Dott. P. Pietra, Segretario del Centro, bibliotecario, dirigente l'Ufficio Statistica e Propaganda.

Le Riunioni mediche-chirurgiche radiologiche dimostrative del Piemonte vennero ideate dal Preside prof. sen. Pescarolo ed attuate con l'opera dei Direttori del Centro.

Vi aderirono i Colleghi seguenti:

da **Torino:**

Dott. Morino comm. Francesco, Generale medico, Presidente dell'Ospedale di S. Giovanni Battista;

Prof. A. Maggiora-Vergano, Direttore dell'Istituto di Igiene, Preside della Facoltà di Medicina;

Prof. O. Uffreduzzi, Direttore dell'Istituto di Patologia speciale chirurgica;

Prof. A. Ceconi, Direttore dell'Istituto di Patologia speciale medica;

Prof. F. Vanzetti, Direttore dell'Istituto di Anatomia Patologica;

Prof. A. Vicarelli, Direttore dell'Istituto Ostetrico-ginecologico;

Prof. Fantino, Bobbio, Serafini, Ferria, Chirurghi primari dell'Ospedale di S. Giovanni Battista;

Prof. Battistini, Fornaca, Mattirolo, Pesci, Quarelli, Medici primari dell'Ospedale di S. Giovanni Battista;

Prof. Gruner, Massa, Bertone, Primari dell'Ospedale Mauriziano;

Prof. Ponzio, Direttore dei servizi radiologici dell'Ospedale Mauriziano;

Prof. Herlitzka, Quadrone, Levi, Primari dell'Ospedale Maria Vittoria;

Dott. Filipello, Chirurgo primario dell'Ospedale Cottolengo;

Prof. Soli, Primario della P. O. della Maternità;

Prof. Colombino, Docente di Urologia;

Prof. Abba, Medico-capo e Ufficiale sanitario della Città di Torino;

Dott. comm. Sacchi, medico provinciale.

Tutti gli Aiuti ed Assistenti delle suddette Cliniche universitarie e Sezioni ospedaliere.

da **Novara:**

Prof. Artom, Presidente della Società di Cultura medica novarese, in nome proprio e di tutta la Società.

da **Biella:**

Prof. Dardanelli, Chirurgo primario dell'Ospedale e suoi Assistenti; Prof. Armani, radiologo dell'Ospedale; Prof. Demarchi;

da **Casale Monferrato:**

Prof. Tonarelli, Chirurgo primario dell'Ospedale; Dott. Bosio, medico primario; Dott. Roncoroni, radiologo;

da **Alessandria:**

Prof. Finzi, Chirurgo primario dell'Ospedale; Prof. Poggio, medico primario;

da **Asti:**

Prof. Fasano, Chirurgo primario dell'Ospedale; Dott. Debenedetti, medico primario;

da **Cuneo:**

Prof. Delfino, Chirurgo primario dell'Ospedale; Prof. Zuccola, medico primario;

da **Vercelli:**

Prof. Grillo, Chirurgo primario dell'Ospedale;

da **Ivrea:**

Prof. Lussana, Chirurgo primario dell'Ospedale; Dott. Debenedetti, medico primario;

da **Aosta:**

Prof. Massobrio, Chirurgo primario e Direttore dell'Ospedale Mauriziano.

da **Novi Piemonte:**

Prof. Delfino, Chirurgo primario e Direttore dell'Ospedale;

da **Intra:**

Prof. Provera, Chirurgo primario dell'Ospedale;

da **Domodossola:**

Prof. Bianchetti, Chirurgo primario dell'Ospedale.

Di tutti gli Aiuti ed Assistenti delle Cliniche e Sezioni Ospedaliere suddette si ebbero le adesioni in massa.

INDICE

Seduta I (15 Aprile 1928)

Seduta II (20 Maggio 1928)

Seduta III (23 Giugno 1928)

Seduta IV (24 Novembre 1928)

Seduta V (20 Dicembre 1928)

Indice degli autori

Nota. — *I numeri in grassetto si riferiscono alle comunicazioni originali.*

Ospedale Maggiore di S. Giovanni Battista e della Città di Torino

Riunioni Mediche-Chirurgiche-Radiologiche dimostrative del Piemonte

Raccolte a cura del Prof. P. PIETRA Segretario del Centro

ANNO 1928

Seduta I (15 Aprile 1928)

Nell'aula della Clinica Chirurgica, all'Ospedale San Giovanni di Torino, ha avuto luogo Domenica 15 Aprile, alle ore 15, la prima seduta, con l'intervento di tutti i più illustri clinici e direttori d'istituto della Facoltà torinese, nonchè di molte personalità del mondo medico e radiologico della città e delle altre provincie del Piemonte e della Liguria.

Inizia la seduta il Presidente dell'Istituto del Cancro, Sen. **Bellom Pescarolo**, che invita anzitutto i presenti ad un minuto di silenzio in segno di pietà per le povere vittime di Milano, e inneggia al Re e al Duce. Ringrazia poi tutta l'eletta schiera di Clinici e Primari venuti da tutte le parti del Piemonte e dalla Liguria a portare il loro contributo per la risoluzione dei problemi tuttora così astrusi della diagnosi e della cura dei tumori.

Soggiunge che il programma delle Riunioni che oggi si iniziano sta nel loro titolo stesso. Dal lavoro concorde, dalla critica reciproca, dal leale reciproco controllo tra medici, chirurghi, radiologi, molte questioni potranno avere la loro soluzione, ed in modo speciale il problema dell'impiego delle radiazioni nella cura dei tumori maligni.

Avverte che ben diciassette comunicazioni sono state presentate per questa prima riunione. Certo d'interpretare il pensiero di tutti dà subito la parola all'illustre successore di Antonio Carle, Prof. Mario Donati.

Prof. **Donati** (Direttore della Clinica Chirurgica): **L'indagine radiologica nella diagnosi dei tumori del tubo gastro enterico.** — Il problema del cancro, dal punto di vista clinico, è in un gran numero di casi anzitutto diagnostico. In nessuna forma morbosa forse, come in questa, la precocità della diagnosi domina la efficacia della cura. Di fronte ai cancri viscerali il segreto della riuscita sta tutto nell'intervento chirurgico eseguito prima che il tumore si diffonda fuori del viscere colpito o per lo meno al di là delle ghiandole strettamente regionali.

Ogni mezzo pertanto che può favorire la diagnosi precoce dei carcinomi viscerali deve essere messo in opera col maggior scrupolo.

Limitandosi ai tumori del tubo gastro enterico, l'oratore afferma che un posto fondamentale spetta all'indagine radiologica nella diagnosi precoce di questi tumori.

E si intrattiene adducendo esempi clinici di carcinomi gastrici e carcinomi del colon, sulla tecnica di ricerca radiologica, sui quadri radioscopici e radiografici che possono indurre alla diagnosi di probabilità o a quella di certezza, od anche eventualmente indurre in errori.

Insiste sulla necessità di considerare l'esame radiologico come un elemento da inquadrare nel complesso degli esami clinici, e richiama l'attenzione sul pericolo di voler trarre deduzioni esclusivamente dai risultati più o meno importanti del primo.

Soggiunge che «la negatività di un reperto radiologico non ha valore per escludere la diagnosi di carcinoma».

Infine afferma che i risultati dell'intervento chirurgico, tanto nei tumori dello stomaco, quanto nei tumori dell'intestino sono soddisfacenti anche in taluni casi nei quali l'indicazione all'intervento è stata data da fenomeni di grave stenosi e persino da fatti occlusivi; onde tanto migliori e più duraturi saranno i risultati se l'intervento in avvenire potrà essere fatto con maggiore frequenza prima che disturbi di ordine meccanico siano intervenuti.

Prof. **Micheli** (Direttore della Clinica Medica Generale): **Diagnosi clinico-radiologica dei tumori del mediastino.** — L'O. si attiene specialmente ai tumori del mediastino compresi nella categoria dei linfogranulomi, che hanno assunto una notevole importanza anche pratica perchè le ultime statistiche, specialmente germaniche, rendono evidente che i casi di linfogranulomi sono continuamente in aumento.

Alcuni di questi casi hanno potuto essere bene studiati nella Clinica Medica diretta dall'O. ed attualmente tre di essi sono in osservazione nella Clinica stessa. Di questi uno, che riguarda una ragazza di 16 anni, viene presentato, poichè appare assai interessante il contrasto che esso presenta tra la gravità dei sintomi rilevati all'esame clinico e la relativa scarsità dei sintomi funzionali (tosse a piccoli colpi secchi, frequenti).

I sintomi più importanti dei tumori linfogranulomatosi che permettono o prima o poi di stabilire una diagnosi sono rappresentati dalle tumefazioni della fossa sopraclavicolare, della regione cervicale, e dell'uno o dell'altro cavo ascellare: ma essi hanno anche un caratteristico aspetto radiografico che permette la diagnosi, rilevando una massa che occupa il mediastino anteriore e superiore, a contorni policiclici. Inoltre anche l'esame ematologico permettendo di rilevare una leucocitosi e talvolta anche una eosinofilia può talvolta essere caratteristico.

L'O. discute poi la diagnosi differenziale di questi tumori mettendo in evidenza la grande parte che ha a questo riguardo l'esame radiologico.

Soggiunge infine al riguardo della cura che da qualche tempo appare che i linfogranulomi siano suscettibili di essere notevolmente migliorati, se non curati radicalmente, mediante la Roentgen o la Radium terapia, tanto che oggi i successi di questa terapia sono già numerosi. In un caso non si sono avute recidive dopo sette anni dalla comparsa della tumefazione primitiva. Infine il Radium può essere utile anche quando il tumore è già diventato resistente ai raggi.

Maragliano, Direttore dell'Istituto di Elettroterapia e Radiologia della R. Università di Genova, a proposito della comunicazione del Prof. Micheli vuol far notare che immagini radiologiche analoghe a quelle che sono state presentate come caratteristiche del linfogranuloma, si possono anche avere per un grande numero di altre affezioni endotoraciche, tra cui la tubercolosi polmonare pura e semplice, e la sifilide polmonare. Rileva poi come il concetto falso che la radiologia debba essere come il controllo finale e sicuro di ogni diagnosi dubbia per la clinica, non proviene dai radiologi, ma dal pubblico profano, che ha fatto una ipervalutazione della radiologia, ed anche da molti medici pratici che ancor oggi credono in buona fede che la radiologia possa costituire l'unico mezzo per arrivare sicuramente ad una diagnosi. E' d'accordo col Prof. Donati sui concetti da lui esposti.

Prof. **Uffreduzzi** (Direttore Istituto Patologia Chirurgica): **Particolare malignità di alcuni tumori di origine vascolare.** — Prendendo le mosse da alcuni casi di tumori del tipo angioteliomatoso, che nella sua sezione furono potuti seguire per lungo periodo di tempo nel decorso clinico, e studiati dal lato istologico, conclude che ad una particolare malignità locale di questi tumori, che recidivano rapidamente ed estesamente nel luogo dove sono comparsi, rendendo necessari numerosi e successivi interventi chirurgici, ed anche ad una particolare malignità istologica dei tumori stessi, perchè dal tipo angiomatoso si possono trasformare per gradi in forme che sono nettamente sarcomatose, non

fa riscontro una altrettale malignità clinica, perchè per lungo periodo di tempo mancano in modo assoluto le metastasi di tali tumori, e si accompagnano anche ad uno stato generale buono.

Prof. **Lussana** (Chirurgo Primario, Ivrea): **Alcuni interventi per tumori dell'intestino,** con presentazione di malati. — Presenta tre casi di tumori dell'intestino, da lui felicemente operati. Il primo caso riguarda un malato affetto da carcinoma del retto, che venne operato in tre tempi. Il secondo caso riguarda un tumore del cieco, che non aveva dato luogo a stenosi del cieco, e che, per alcuni singolari reperti clinici, aveva sviata la diagnosi. All'atto operativo si è poi riscontrato un carcinoma del cieco, che venne asportato in rachianestesia.

Il terzo caso riguarda un ragazzetto, che era stato ritenuto affetto da tubercolosi delle ghiandole mesenteriche, mentre un'esatta interpretazione dell'esame radiologico ha permesso all'O. di stabilire con sicurezza la diagnosi di tumore del cieco, e conseguente invaginazione cieco-colica cronica, con insufficienza del cieco.

Dott. **Biancalana: Esiti a distanza di emicolectomia destra per carcinoma.** — Illustra tre casi operati nell'Istituto di Patologia Chirurgica, nei quali la guarigione essendosi mantenuta stabile per quattro e sei anni, si può considerare definitiva. In questi casi, oltre al sintomo classico delle affezioni del grosso intestino, che è la diarrea, vi era anche il vomito.

Dott. **Salotti** rileva, a proposito dei tre casi presentati dal professor Lussana, che se l'esame radiologico nei tumori cecali viene fatto con scrupolo e con completezza, esso non può mancare di dare elementi diagnostici di primo ordine, i quali non permetterebbero errori diagnostici sul tipo di quello che il professor Lussana stesso ha descritto nel suo secondo caso presentato sul quale l'esame radiologico non fu fatto.

Lussana trova giusto il rilievo; anch'egli pensa che l'esame radiologico avrebbe potuto accertare la diagnosi.

Il Prof. **Donati** rileva con compiacenza come dalle ultime comunicazioni esposte all'Assemblea sia stata dimostrata dagli esiti l'efficacia e l'eccellenza delle colectomie destre praticate tutte in un solo tempo. Ricorda come questo tema sia di viva attualità chirurgica, essendo stato ripreso anche recentemente in Francia dal Gosset, per sostenere l'operazione in due tempi, tanto nei carcinomi come nelle tubercolosi ileocecali. Aggiunge l'oratore che appunto su questo argomento egli si intratterrà tra pochi giorni a Bruxelles, portando i risultati della sua esperienza di ben 19 resezioni ileoceco-coliche in un solo tempo eseguite per varie indicazioni e tutte perfettamente guarite. Il che sta a dimostrare

come questa operazione sia eccellente. I tumori ceco-colici sono facilmente aggredibili e facilmente curabili, se ne è precoce la diagnosi; tanto più presto questa sarà fatta, tanto migliori saranno le probabilità di avere un successo terapeutico.

Si dichiara oltremodo lieto che la sua esperienza trovi appoggio nei risultati di Uffreduzzi e di Lussana.

Prof. **Gian Carlo Segale** (dell'Istituto di Elettroterapia e Radiologia della R. Università di Genova): **La Radiumterapia e l'intervento chirurgico nelle metastasi linfatiche dei carcinomi della cavità orale.** — L'oratore illustra una lunga serie di casi di carcinomi della bocca studiati e trattati col Radium nell'Istituto del Prof. Maragliano a Genova, giungendo alla conclusione che la Radiumterapia sembra essere utile nei casi senza metastasi, mentre invece quando esistono già metastasi, può essere assai più efficace il trattamento chirurgico, seguito poi dal trattamento radiumterapico.

Dott. **Alessandro Vallebona** (dell'Istituto di Elettroterapia e Radiologia dell'Università di Genova): **Infiltrazione neoplastica dei mascellari ed osteoradionecrosi.** — L'O. porta le considerazioni scaturite dalla disamina di 113 casi osservati nell'Istituto di cui fa parte, dai quali risulta che mentre nei casi senza infiltrazione neoplastica dei mascellari non si sono mai notate gravi turbe alle ossa stesse, in conseguenza dell'applicazione radiologica, tranne una limitata dolorabilità, nei casi con infiltrazione invece si ha una particolare labilità ossea in rapporto col trattamento radiologico. Si direbbe quasi che le cellule neoplastiche non risentano della vantata azione delle radiazioni secondarie provenienti dall'osso stesso. La necrosi ossea dopo radiumterapia è d'origine infiammatoria osteomielitica.

Conclude rilevando quanto ancora si debba combattere per poter giungere ad una diagnosi e quindi ad un intervento precoce, mentre d'altro lato la stretta e necessaria collaborazione tra radiologi e clinici si può oggi dire quasi raggiunta.

Donati chiede se il Dott. Vallebona ed il Prof. Maragliano hanno posto dei limiti alla trattabilità radiumterapica dei tumori maligni, ossia se ad un certo grado di sviluppo di un tumore maligno essi rinuncino alla Radiumterapia, oppure se in ogni caso essi sperano di ottenere dei risultati almeno palliativi. Ciò interessa non soltanto dal punto di vista assoluto radiumterapico, ma anche dal punto di vista della cura mista chirurgico-radiologica, alla quale i due precedenti relatori hanno accennato.

Vallebona risponde che il trattamento radiologico è stato praticato nella grande maggioranza dei casi che si sono presentati.

Pescarolo ricorda come a proposito della Radiumterapia dei tumori maligni della bocca diffusi ai mascellari, sia molto difficile talvolta conoscere con precisione se una data ulcerazione che interviene ad un certo punto del trattamento è dovuta all'affezione carcinomatosa, o non piuttosto al trattamento radiologico, con grave danno dell'ammalato. Occorre quindi fare durante il trattamento ripetuti esami istologici, altrimenti si continuano a fare applicazioni quando il tumore non esiste più, ma esiste invece già una necrosi da Radium.

Prof. **A. Mario Dogliotti: Particolare labilità di fronte all'invasione neoplastica dei lembi cutanei prelevati a distanza a scopo di plastica, dopo asportazione incompleta di carcinomi.** — L'O. illustra tre casi del genere che ha potuto osservare nei reparti dell'Istituto di Patologia Chirurgica: un'ulcera neoplastica del vestibolo della bocca, un tumore del labbro e un tumore della mammella in profondità.

Soggiunge che la spiegazione più ovvia che si potrebbe pensare del fenomeno non corrisponde a verità, perchè i lembi trapiantati non avevano affatto una minor resistenza dal punto di vista della nutrizione, essendo perfettamente nutriti, con peduncolo riccamente vascolarizzato, tanto è vero che il trapianto era guarito per prima intenzione.

Soggiunge che ha riscontrato che una preparazione dell'innesto con irradiazioni Roentgen e Radium prima del trapianto aveva una buona influenza sull'ulteriore destino del trapianto stesso.

Pescarolo chiede se effettivamente siano stati riscontrati dei vantaggi nella preparazione radiologica preoperatoria.

Uffreduzzi interviene per chiarire ogni equivoco su questo argomento. Egli dice che la propria esperienza sulla preparazione del campo operatorio con le irradiazioni, prima di operazioni per tumori maligni, ha dato risultati veramente disastrosi; i decorsi operatori sono stati in questi casi estremamente cattivi.

Ritiene invece che l'irradiazione giovi nei tumori inoperabili quando si deve rinunciare alla cura chirurgica intesa in senso radicale; allora i raggi a piccole dosi possono determinare uno stimolo blando alla difesa dei tessuti contro il procedere del tumore.

Ponzio, dell'Ospedale Mauriziano di Torino, ritiene che nella questione dell'applicazione dei raggi a scopo terapeutico non vi siano dosi piccole o grandi, ma solamente dosi giuste. Purtroppo queste dosi giuste noi non le conosciamo. La dose giusta sarebbe quella dose che si propone di distruggere gli elementi del tumore che hanno un forte potenziale di difesa; ora tanto più quando questi elementi sono in condizioni di irritazione per l'intervento operatorio, la dose necessaria per distruggerli raggiunge potenziali che ci sfuggono completamente nei loro limiti. Conviene perciò in questi casi attendere che le condizioni abbiano raggiunto

un certo grado di stabilità, e poi agire come per una sterilizzazione completa della regione.

Maragliano a proposito di quanto poco prima ha detto il Prof. Uffreduzzi dichiara di trovarsi in disaccordo con lui sulla questione della preparazione radiologica del campo operatorio. Infatti nel suo Istituto il Prof. Segale ha praticato parecchie operazioni con previa irradiazione, le quali hanno avuto un decorso postoperatorio perfettamente normale.

Soggiunge che è inutile pensare alla radiologia come arma contro i tumori, se non si accetta senza discussioni questo assioma: la dose giusta nelle irradiazioni terapeutiche non è mai dannosa in nessun caso. E se talvolta l'irradiazione non fa guarire, ciò non significa che sia dannosa, ma vuol dire semplicemente che in questi casi anche questo mezzo di cura ha fallito completamente.

Pescarolo crede che la discussione sorta dalla comunicazione del Prof. Dogliotti abbia tanta importanza da meritare di essere messa all'ordine del giorno di una successiva riunione in modo che tutti possano prepararsi per portare il contributo della loro pratica alla questione. In una prossima Riunione sarà perciò opportuno trattare delle « Indicazioni e controindicazioni della Roentgen e Radiumterapia nella cura dei tumori maligni ».

Uffreduzzi riconferma che nel campo ristretto della preparazione del campo operatorio con le irradiazioni, quando si è decisi ad intervenire chirurgicamente, la sua esperienza è nettamente sfavorevole.

Prof. **Boidi-Trotti** (dell'Istituto Radiologico del S. Giovanni di Torino): **Opportunità di somministrare dosi massive nella Roentgenterapia degli epiteliomi cutanei.** — L'O. dimostra l'opportunità di procedere all'applicazione di forti dosi, per distruggere radicalmente il tumore, giacchè è risaputo che il tumore che venga solo aggredito si fa più maligno, laonde una cura radiologica mancata si può paragonare ad una exeresi mancata.

Si intende che anche con questa tecnica non si deve oltrepassare la dose che lederebbe gli elementi sani circostanti.

Battistini a proposito di dose riavvicina l'azione dei raggi a quella di alcuni farmaci fin troppo noti per la loro aggressività sui protoplasmi. Essi rientrano in quella legge generale secondo la quale le azioni che sono al di sotto della soglia della sensibilità non sono perfettamente indifferenti al protoplasma come si credeva fino a poco tempo fa, ma lasciano invece nella struttura del tessuto vivente una profonda impronta, anche se all'esterno nulla ne appare; tanto che questi tessuti diventano ipersensibili ad una nuova azione dello stesso agente.

Ponzio si dichiara lieto di aver inteso formulare questa opinione dal Prof. Battistini, cui egli consente pienamente. La Radiologia non è la scienza del miracolo, ma non è altro

che una trasformazione di energia. L'effetto e l'opportunità dell'applicazione di radiazioni molli o dure vanno ricollegati al problema della costituzione atomica della molecola; l'energia che noi somministriamo sotto forma di raggi è trasformata dall'elemento cellulare: si ha una precipitazione colloidale dentro il protoplasma e successiva lisi cellulare, come vuole la spiegazione biologica della morte della cellula.

Tuttavia noi non abbiamo in questo momento conoscenze sufficienti per stabilire quale sia il grado di equilibrio della cellula.

Prof. **Serafini** (Chirurgo Primario Ospedale S. Giovanni): **Tumori primitivi multipli « diversi generis » operati nella stessa persona.** — Illustra un caso, che egli ritiene assai raro di tumori benigni multipli in una donna (sette tumori diversi in organi diversi) la quale dopo tante successive operazioni gode attualmente di ottima salute.

Egli ritiene che dalla considerazione di questo caso scaturisca il concetto che la teoria diatesica si possa innestare sulla classica teoria dei germi inclusi.

Il Presidente toglie la seduta alle ore 18,15, ringraziando tutti quei Clinici illustri e Primari, e specialmente quelli che sono venuti da lontane città a portare alle nostre Riunioni scientifiche il contributo della loro vasta esperienza e del loro sapere.

Seduta II (20 maggio 1928)

Il Presidente Sen. **Pescarolo** apre la seduta alle ore 15,10. Siedono con lui al tavolo presidenziale i professori Donati, Micheli, Morpurgo e Bertolotti.

Prof. **M. Donati: Appunti chirurgici radiologici da una visita recente agli Istituti anticancerosi di Bruxelles.** — L'O. riferisce su quanto a proposito della terapia radiologica dei tumori ha avuto campo di osservare in un recente viaggio nel Belgio, in occasione delle « Journées Médicales » che si sono tenute a Bruxelles lo scorso aprile. Egli rileva la notevole importanza del complesso delle organizzazioni radiumterapiche per la lotta contro il cancro a Bruxelles, sede anche della Società del Radium belga, che è, si può dire, la monopolizzatrice del radium che si produce in tutto il mondo; essa possiede infatti le miniere del Katanga nel Congo dalle quali si estrae la quasi totalità dei minerali radio-attivi. Certi Istituti di Bruxelles sono in condizione, occorrendo, di poter utilizzare quantità di radium anche di proprietà non diretta degli Istituti stessi.

L'oratore si sofferma a trattare dei vari metodi di applicazione del radium in vigore all'Ospedale Brugmann, che è il centro anticanceroso propriamente detto, e negli altri Istituti della città. Il primo metodo è quello degli apparecchi per l'applicazione in superficie dei sali di radium contenuti in più tubi uniformemente distribuiti vicino alla regione che si vuole trattare. La tecnica usata è quella di Regaud, già ben nota, e per nulla modificata dall'inizio del funzionamento del Centro. Alla radiumterapia sono associati caso per caso interventi chirurgici opportuni (gastrostomia nel cancro dell'esofago, trattato in sito previo cateterismo retrogrado, ano iliaco nel cancro del retto, ecc.).

Un altro sistema di applicazione che pare aver dato assai lusinghieri risultati è quello della telecurieterapia, per la quale occorrono quantità cospicue di radium. La telecurieterapia è usata nell'Istituto di Sluys col sistema della cupola radiante a fuochi multipli contenente 13 tubi da 10 mgr. Ra E; nell'Istituto di Mayer e Cheval con 4 gr. di Ra contenuti in unica cellula convenientemente protetta.

I progressi del trattamento sono seguiti mediante esami a regolari intervalli di frammenti di tumore, per mezzo dei

quali si possono determinare gli effetti della terapia dal punto di vista dell'indice di attività cariocinetica. Tuttavia l'oratore si dimostra poco persuaso che questa misura dell'indice di attività cariocinetica dia elementi pratici sicuri.

D'altra parte, sebbene alcuni casi presentati siano veramente assai impressionanti, sui risultati definitivi di questo sistema di terapia intensiva, come del resto di ogni altro metodo di radiumterapia, sono ancora da farsi — anche per dichiarazioni degli stessi che li usano — molte riserve. L'impressione è che ogni metodo di terapia trovi cancri particolarmente sensibili e altri particolarmente resistenti.

Circa al metodo delle applicazioni delle radiumemanazioni, vi è molto scetticismo negli ambienti scientifici belgi.

Due punti che l'O. ha avuto occasione di rilevare presentano un grande interesse pratico: uno è quello della strettissima collaborazione che vige in questi centri tra il chirurgo, il radiologo ed il patologo, che visitano sempre insieme l'ammalato e di comune accordo stabiliscono la terapia. Un altro è quello che si riferisce al sistema dell'irradiazione dei tumori non solo nella loro sede palese, ma anche in tutti quei focolai nei quali si ritiene che vi siano o che vi possano essere delle metastasi. Il sale di radium viene usato sotto forma di solfato e non di bromuro.

Concludendo l'oratore afferma che i risultati finora ottenuti in questo campo, sebbene tutt'altro che assoluti, sono però già tali da incitare a persistere per questa via. Ma occorre avere a disposizione mezzi sufficienti, non tanto perchè occorra applicare dosi alte come nella telecurieterapia, ma perchè il trattamento deve essere comunque fatto con dosi non piccole e per il tempo necessario e si deve avere la possibilità di trattare tutti i pazienti che si presentano e che si ritengono bisognosi della cura.

Prof. **P. Pietra: L'impiego delle radium-emanazioni negli Istituti anticancerosi di Londra.** — La questione delle radioemanazioni portata in discussione nell'odierna seduta dalla relazione del Prof. Donati sulla sua visita agli istituti anticancerosi di Bruxelles, dà occasione anche a me di esporre qualche osservazione derivata dalla mia frequenza presso gli istituti anticancerosi di Londra, nel periodo del mio soggiorno londinese che la generosa iniziativa dell'Amministrazione dell'Ospedale di S. Giovanni e del Preside dell'Istituto nostro sen. Pescarolo rese possibile.

I dati e le osservazioni raccolte credo possano avere anche un interesse per la questione, che pure è sul tappeto, dell'opportunità di consimili impianti di radium-emanazioni nei sorgenti nostri istituti e della possibilità di estendere anche presso di noi tale metodo di cura.

Due sono in Londra gli istituti forniti di impianti per la produzione delle Radium-emanazioni o del Radon secondo l'appellativo comunemente usato. Uno è il Radium Institute diretto dal Prof. Pinch, l'altro il Cancer Research Institute

del Middlesex Hospital che comprende, oltre una sezione patologica, una sezione radiologica con un Radon Centre — for preparing Radon sources — e una sezione clinica nella quale viene seguita sperimentalmente l'azione dei raggi X e del Radium sul cancro e dove si preparano i vari applicatori del Radium per gli usi clinico-chirurgici.

Sono pertanto questi due Istituti che forniscono principalmente i Radium e Radon applicatori occorrenti agli Ospedali londinesi e della provincia per le applicazioni di radiumterapia.

Ciò che è appunto interessante nell'organizzazione della Radiumterapia in Inghilterra è la larga diffusione — anche a centri relativamente lontani — di tale procedimento di cura a mezzo specialmente delle radium-emanazioni, senza quindi la necessità di distribuire nei vari centri le sempre purtroppo scarse sorgenti radifere.

Il Radon, come è ben noto, rappresenta il primo prodotto della disintegrazione del radium ed è un vero gas — del peso atomico 222 — che può venire facilmente separato dalle soluzioni di radium e condensato per mezzo dell'aria liquida.

Le radium-emanazioni dalla sorgente radifera (soluzione di radium) sono condotte e sospinte dal mercurio — azionato a mo' di pompa aspirante premente — attraverso un sistema di tubi di vetro e raccolte quindi in applicatori di vetro che vengono chiusi alla fiamma ossidrica. I più comuni di questi applicatori sono rappresentati da tubetti capillari di vetro di varie dimensioni da quelli di minimo calibro detti « seeds » misuranti circa 0,3 cm. di lunghezza e 1 mm. di diametro, abitualmente caricati con 1-2 millicurie di radon che vengono usati per infissione nei tessuti senza protezione metallica a quelli di maggiori dimensioni usati invece come i sali di radium con rivestimenti metallici diversi e di vario spessore (i più indicati ed usati fra questi metalli sono l'alluminio, l'argento, il piombo e il platino) a seconda della carica dei tubi, della particolare varietà del tumore trattato ed a seconda del loro impiego in superfice o in profondità.

Per quanto appunto riguarda il loro impiego è noto che le radium-emanazioni sono essenzialmente usate per infissione nello spessore del tumore (trattamento parenchimatoso) e per le irradiazioni della cavità, rappresentando tale modo d'applicazione l'utilizzazione di tutta l'attività radifera, in quanto le radium-emanazioni s'irradiano in senso centrifugo, mentre invece nelle applicazioni a piatto poco più del 30 % delle emanazioni viene utilizzato. Con frequenza ho visto usato il Radon per il trattamento dei tumori.

La tecnica delle applicazioni è facile e per nulla diversifica da quella solita usata per applicatori con sali di radium.

Gli aghi radiferi sono infissi a raggiera nello spessore

della massa tumorale o sepolti nella massa tumorale o portati nelle cavità e per quest'ultime applicazioni esiste uno strumentario vario.

Per le applicazioni in superficie vi sono applicatori di varia foggia (piatti, concavi, convessi, poliedrici, ecc.) che s'adattano ai diversi contorni delle regioni trattate.

Oltrechè a scopo curativo ho visto usato il Radon anche a scopo preventivo.

A tal proposito mi permetto qui di ricordare un trattamento di prevenzione che nell'operazione del cancro della mammella di regola viene applicato al Middlesex Hospital e che è dovuto a uno dei chirurghi dell'ospedale stesso, il Sampson Handley, per la cortesia del quale mi fu appunto possibile assistere varie volte a tali trattamenti misti chirurgo-radiologici.

Avendo l'A. notato che la recidiva del carcinoma mammario spesso si osserva nelle ghiandole intercostali (situate dietro le cartilagini costali) e nelle ghiandole che giacciono al di sopra della clavicola, in parti quindi non accessibili all'atto operativo, propose di irradiare subito dopo l'atto operativo stesso queste ghiandole con tubi di radium collocati in prossimità di esse.

Infatti prima di chiudere la ferita operatoria un tubo di 25 mgr. di radium o di Radon di attività equivalente è posto sotto la fascia intercostale all'estremità interna del primo spazio intercostale.

Un altro tubo colle stesse dosi di Ra è posto all'estremità interna del 2° spazio intercostale ed eventualmente un terzo nel 3° spazio intercostale.

Infine un tubo di 50 mgr. di radium viene introdotto nella fascia profonda nell'angolo più basso interno del triangolo posteriore dove prima si rende evidente la recidiva sopraclavicolare del cancro mammario.

Quest'ultimo tubo è introdotto attraverso una piccola ferita della pelle.

Gli aghi di platino vengono lasciati in posto per 24 ore e successivamente quindi sono tolti.

I risultati di tale trattamento profilattico quali risultano dall'applicazione continuata omai da più di 6 anni sono che le recidive del carcinoma risultano inferiori del 10 % nei casi sottoposti all'operazione radicale associata al trattamento profilattico in confronto ai casi assoggettati alla sola operazione radicale.

Per quanto riguarda i risultati del trattamento col Radon, possiamo dire che usati opportunamente si hanno gli stessi buoni risultati che coi sali di radium. Naturalmente l'impiego del Radon ha un campo d'applicazione più ristretto, condizionato alla sola possibilità d'applicazione diretta con emanazioni condensate in applicatori di vetro.

D'altra parte discutere dell'attività, dell'efficacia del Radon è la stessa cosa che mettere in discussione l'azione del radium stesso e tutt'al più di fronte a nuovi metodi d'ap-

plicazione (telecurieterapia) si può discutere della maggior efficacia di questi in confronto delle applicazioni dirette.

Dal punto di vista dell'efficacia terapeutica una delle ragioni che si oppongono all'impiego del Radon è la diminuzione costante della radioattività che subiscono queste emanazioni per il progressivo loro spegnersi. La costante di perdita « decay constant » per il Radon è di 0,0075 per ora mentre per il Radium è di 0,0004 per anno. Quindi si può calcolare che già nelle prime 24 ore il Radon perde esattamente il 16 % della sua attività, cosicchè in un periodo calcolato a giornate 3,85, quindi in circa 90 ore tale attività è ridotta a ½ e ad $^{1}/_{5}$ in giorni 8,8. Fino ad un certo punto si può riparare a tale inconveniente quando si preparino dei Radon-applicatori la media attività dei quali sia eguale a quella degli apparecchi di sali di radium di nota forza. Se ad es., si vuole un'esposizione della durata di 24 ore con un tubo di Radon l'attività del quale sia eguale a quella emessa da 100 mgr. di radium-elemento, si adopererà un tubo di Radon della iniziale attività di 109-110 millicurie il cui valore alla fine delle 24 ore sia caduto a 92-93 millicurie cosicchè la media attività sarà pressapoco equivalente a quella dei 100 mgr. di radium-elemento necessari. Ma indubbiamente questo fatto rappresenta una sorgente di inconvenienti non indifferente; complica il già delicato dosaggio del radium; può derivare da questo metodo di ripiego un'intensità di irradiazione eccessiva all'inizio; impedisce l'impiego del Radon in quelle determinate applicazioni in cui sia necessario un dosaggio costante. Così ad es. poichè la tendenza odierna della radiumterapia, quella almeno seguita da molti radiologi, anche nel trattamento parenchimatoso è di usare piccole quantità di radium (da 1 a 2 mgr. di elemento) largamente distribuite nella massa la quale deve essere trattata dando un'esposizione lunghissima anche di 2-3-4 settimane in modo da assicurare la radiazione delle cellule cancerigne nel periodo della loro attività cariocinetica — poichè in tale periodo sono, secondo una ben nota legge, più suscettibili alle radiazioni e tale ciclo di divisione per i vari elementi del tessuto si compie gradatamente e successivamente — si comprende come per questo tipo di applicazioni male si prestino le radium-emanazioni per il decadere progressivo delle loro attività che in un periodo d'applicazione così lungo rende alla fine praticamente nulla la loro efficacia.

Ciò che invece dal punto di vista pratico della radiumterapia costituisce il pregio del Radon è la possibilità di diffondere l'uso del radium, di permettere al maggior numero possibile di malati la cura col radium senza la necessità di disseminare qua e là le scarse disponibilità del prezioso elemento.

Va però osservato che per la produzione di radium-emanazioni a scopi pratici occorre una quantità di radium

non inferiore a mezzo grammo e che va quindi accantonata a questo scopo: ciò che richiede per l'istituto produttore delle larghe disponibilità di tale elemento.

D'altronde quello che rappresenta il maggior pregio del Radon ne rappresenta anche il lato più pericoloso perchè l'uso delle radium-emanazioni come del radium stesso impone le più grandi cautele e l'impiego d'un personale bene addestrato, mentre la diffusione di sì delicato mezzo a medici non pratici dell'uso del radium può essere fonte di inconvenienti e di gravi danni sia al personale che ai pezienti impropriamente trattati.

La scelta opportuna del caso, la valutazione appropriata della quantità curativa di Radon necessaria per ogni intervento, l'applicazione diretta degli apparecchi colle radium-emanazioni richiedono l'intima cooperazione fra chirurgo e radiologo o meglio rendono necessario che tali applicazioni siano affidate ad un chirurgo-radiologo a chi cioè accopii alla sicura tecnica operatoria conoscenza e pratica dell'impiego del radium. Condizione che da noi purtroppo non esiste. Ciò che invece in Inghilterra come in altri paesi, ad es. negli Stati Uniti, permette una larga diffusione dell'impiego del Radon è la mirabile organizzazione e la ricchezza di un personale bene addestrato. Quando esistano le dovute cautele cadono gli esagerati timori espressi da qualche autore a proposito dell'uso del Radon.

Nè mi pare, se mai, che questo solo argomento negativo possa essere addotto per scartare senz'altro l'idea della produzione di radium-emanazioni nei sorgenti nostri istituti. Usate dapprima a scopo di ricerche esse potranno permettere anche presso di noi — dove la scarsa disponibilità di radium ha sempre limitato queste indagini — lo studio dei tanti importanti problemi attinenti all'azione del radium e può nello stesso tempo favorire l'addestramento di un sempre maggior numero di giovani medici e particolarmente chirurghi all'impiego del radium, preparando così la schiera dei chirurghi-radiologi che potranno quindi estendere senza inconvenienti l'impiego di tal sussidio terapeutico. Sotto tal punto di vista ritengo che possa riuscire assai vantaggioso il dotare i nostri istituti di impianti per radium-emanazioni.

Il Prof. **Bertolotti** afferma come le emanazioni siano oramai escluse dalla pratica radiologica, mentre egli ritiene che possano ancora essere utili per condurre ricerche di laboratorio a scopo sperimentale.

Afferma poi che in tutto il vasto problema del cancro debba esser preso in considerazione un criterio filosofico che egli ritiene di primaria importanza, poichè la lotta contro il cancro va fatta con equilibrato criterio di relatività, accontentandosi della mediocre efficacia dei nostri mezzi per non andar incontro a quella serie sistematica di delusioni che oggi sta sconcertando tutti i nostri studi.

Si dichiara poi contrario all'impiego delle dosi forti in radiumterapia, perchè le ritiene contro natura; ma insiste sulla necessità di avere molto radium, per poter estendere al più gran numero di malati il tentativo della cura col radium.

Il Prof. **B. Morpurgo** espone quanto intese dire dal Maisin, direttore dell'Istituto radiologico di Louvain, a proposito delle radium emanazioni: « guardatevene! », volendo significare i danni che possono derivare dall'uso generalizzato ai medici non pratici delle emanazioni.

Conferma poi, alla luce dei risultati ottenuti colle metodiche esperienze eseguite nel suo laboratorio, l'opinione del prof. Donati, che l'atipicità delle cariocinesi non è un indice diretto della malignità dei tumori, ma semplicemente la espressione di una alterazione e di una degenerazione degli elementi.

Il generale medico **Morino** si dichiara contento di aver intesa la discussione scientifica precedente perchè questo gli permetterà di prendere le decisioni più opportune nei riguardi dell'intenzione manifestata dall'Amministrazione ospedaliera di acquistare notevoli quantità di radium per il suo Istituto.

E' convinto che se non a scopo terapeutico le emanazioni di radium debbano servire a scopo di studio, ed in tal senso riferirà all'Amministrazione.

Prof. **M. Lupo: Contributo alla cura radiologica del carcinoma uterino.** — L'O., sia per ragioni biologiche che fisiche, sia riferendosi ai risultati pratici, è favorevole alle piccole e medie dosi, applicate durante un lungo periodo di tempo.

Riferisce infatti di otto casi di carcinoma del collo dell'utero, curati nel decorso anno con piccole quantità di radium e Roentgenterapia a dosi refratte.

In quattro di essi è stata raggiunta la guarigione clinica, che perdura da otto, sei e tre mesi; in due si ebbe un miglioramento sia generale che locale il quale persiste tuttora; in due, infine, che iniziarono la cura in condizioni gravi, precachettiche, il risultato fu nullo. In uno di essi, anzi, l'applicazione di una forte quantità di radium risvegliò fenomeni di intolleranza simili alla malattia da raggi, con rapido decadimento della paziente.

In nessuno dei casi curati, ad eccezione di quello citato, venne sorpassata la dose di 60 Mcd., applicata in periodo di tempo variabile dai 10 ai 20 giorni.

I risultati ottenuti datano da troppo breve tempo perchè se ne possano dedurre conclusioni; essi coincidono però con quelli ottenuti da altre scuole, con tecnica radiumterapica simile a quella adottata dall'O., e possono quindi, se pure con riserva, essere portati a conferma della efficacia del metodo.

Il Prof. **Ponzio** si dichiara nettamente avverso alla telecurieterapia, che dovrebbe essere abbandonata, poichè le radiazioni fortemente filtrate non possono avere quell'efficacia che si vuole loro attribuire. Con questo sistema l'irradiazione è puramente illusoria, e le radiazioni che dovrebbero agire efficacemente non giungono ai tessuti che le dovrebbero utilizzare.

Il Prof. **Donati,** a proposito dell'opinione espressa dal precedente oratore, dichiara di aver veduto dei casi veramente notevolissimi all'estero sui quali aveva avuto beneficio la telecurieterapia. Non crede perciò che si possa ancora oggi con fondamento dare la preferenza ad un metodo od all'altro. Le reazioni biologiche sono certamente quelle che influiscono sui risultati di un determinato metodo di terapia: esse sono proteiformi e non prevedibili. Bene fa il centro anticanceroso di Bruxelles rimanendo fedele ad un unico metodo, non ostante tutte le innovazioni che si vanno introducendo: esso potrà così in breve numero di anni dirci una parola sicura desunta da un grande numero di esperienze tra loro comparabili perchè fatte sempre collo stesso sistema.

Ricerche d'ordine biologico di grandissimo interesse sono quelle recenti di Reding e Slosser che hanno trovato che il comportamento del Ph nel sangue, l'equilibrio ionico ed il meccanismo glicoregolatore sono negli ammalati di cancro profondamente alterati. Tali alterazioni sarebbero trasmissibili ereditariamente addirittura secondo la legge di Mendel. Così pure è notevole l'affermazione che l'azione dei raggi si eserciterebbe attraverso il sistema endocrino.

Del resto tutta la questione della terapia dei tumori rivela ancora molte incertezze. Così anche il giudizio di inoperabilità è relativo molte volte più alle qualità del chirurgo che a quelle del tumore.

Concludendo, afferma che nella questione del cancro si naviga ancora nell'empirismo, e che appunto per questo è necessario di non lasciare intentato nessun mezzo che possa dimostrarsi di qualche efficacia. Così è necessario disporre di notevoli quantità di radium per poter permettere a molti ammalati di approfittare della radiumterapia.

Il Presidente Prof. **Pescarolo** esprime il suo compiacimento alla direzione dell'Ospedale di S. Giovanni che è riuscita ad ottenere dalla direzione Centrale di Sanità duecentocinquanta milligrammi di radium, i quali costituiranno un notevole incremento al tesoro di radium già posseduto dall'Istituto radiologico dell'Ospedale stesso. Quando sarà acquistato l'altro radium per il quale sono in corso le trattative col Belgio, si avrà una dotazione di radium di circa un grammo. All'uso di questo prezioso materiale concorreranno a prestare la loro opera preziosa da un lato l'illustre prof. Pochettino per la parte fisica sperimentale, e per la

parte pratica quel nucleo di giovani che sono stati inviati all'estero appunto per specializzarsi in questo ramo.

Prof. **A. Bertocchi: Osservazioni sopra alcuni casi di degenerazione maligna in tumori benigni.** — L'O. ritiene che l'asportazione sistematica di tutti i tumori benigni e in special modo di quelli facilmente aggredibili e localizzati in organi o regioni preda frequente di blastomi, costituisca un mezzo certamente utile di profilassi dei tumori maligni.

A sostenere questa sua tesi, riferisce sette casi di tumori benigni portati per decenni dai pazienti senza disturbo alcuno e passati poi in degenerazione maligna istologicamente controllata.

Si tratta di un fibromioma uterino degenerato in sarcoma, di due cistadenomi della mammella degenerati in adenocarcinoma, di un fibroadenoma della mammella degenerato in carcinoma alveolare, di un lipoma del dorso degenerato in sarcoma a piccole cellule rotonde e di un emolinfangioma pendulo degenerato in sarcoma a piccole cellule fusate.

I sette pazienti erano tutti di età superiore ai 50 anni e come fatto caratteristico avevano rilevato un aumento rapido e disordinato dell'antico tumore.

L'autore, presa in considerazione specialmente l'età dei pazienti, accenna alle moderne teorie sovra la caduta del potere antiblastico del siero di sangue nella senescenza e pone l'ipotesi che la degenerazione maligna sia dovuta all'attenuarsi e allo scomparire con l'età di sostanze antiblastiche elaborate probabilmente da organi diversi (fegato, timo, milza, ecc.), che coll'età subiscono radicali modificazioni di struttura.

Dott. **Q. Carando: Contributo radiologico alla diagnosi ed alla cura dei tumori a mieloplassi.** — L'O. comunica i risultati ottenuti colla terapia actinica in due casi di tumore a mieloplassi dell'estremità superiore della tibia; in ambedue i casi era stata proposta l'amputazione dell'arto. L'O. si sofferma sulla diagnosi differenziale tra questi tumori e numerose altre forme a substrato anatomo-patologico quasi identico e mette in rilievo l'importanza dei quadri radiografici che oltre a permettere la diagnosi differenziale dànno sempre una visione precocissima del tumore.

Il processo di riparazione che si ebbe nella zona invasa consistè in un primo tempo nell'aumento di deposito di sali di calcio in certi punti del tumore, per cui radiograficamente si poteva pensare alla formazione di cisti ossee, ma in un secondo tempo si ebbe la eburneizzazione dell'osso.

Dopo aver accennato ai criteri tecnici applicati nel trattamento che permisero di somministrare dosi considerevolissime di radiazione senza provocare il più piccolo incidente, l'A. conclude auspicando che la radioterapia, che in questi ultimi anni ha dato risultati così brillanti, possa venire sistematicamente usata in certe forme tumorali.

Prof. **Luigi Stropeni: Cura chirurgica non demolitrice nei tumori a mieloplassi delle ossa.** — L'O. presenta un uomo di 46 anni, a cui da oltre un anno ha esciso un grosso tumore a mieloplassi della testa della tibia che già invadeva le parti molli ed era sconfinato dall'osso, e presentava al microscopio un certo numero di cariocinesi, per cui clinicamente e microscopicamente sembrava avere un certo grado di malignità. La grande cavità residua nell'osso fu chiusa semplicemente e lasciata riempire di coaguli. Dopo una piccola recidiva un mese dopo il paziente è sempre stato bene.

L'osso, come dimostrano le numerose radiografie portate, si è andato continuamente consolidando, ed ora non rimangono più che una o due piccole cavità a tipo cistico. Il paziente attende ai suoi lavori pesanti di campagna, ed ha conservata completa la mobilità del ginocchio. L'oratore fa rilevare l'andamento benigno di questi tumori anche quando apparentemente sembrano più maligni del solito, e come clinicamente non abbiano andamento di sarcomi.

Dal lato pratico è questo un piccolo contributo ad una cura conservativa dei tumori a mieloplassi anche quando apparentemente abbiano un decorso non molto benigno.

Il dottor **M. Gortan** ricorda un caso analogo a quello presentato dal professor Stropeni, riferentesi ad una signora che presentava un tumore a mieloplassi al ginocchio, che all'esame radiologico rivelava numerose concamerazioni. Dopo accertata la diagnosi colla biopsia venne sottoposta la paziente a tre cicli di radioterapia intensiva di 15 giorni ciascuno. Si è così ottenuta la sclerosi delle concamerazioni e la guarigione della malattia.

Il prof. **Donati,** a proposito dei tumori a mieloplassi di cui si è fatto discorso, crede trattarsi di manifestazioni morbose che recedono tanto col bisturì come colla terapia radiante.

Accenna ad un caso personale di un tumore a mieloplassi della mandibola in una bambina di due anni, che è perfettamente guarito dopo asportazione chirurgica.

Approva l'opinione del dott. Gortan che prima di intervenire in un tumore dell'osso, dato che questi tumori a cellule giganti non danno sempre il quadro radiologico classico dell'« osso soffiato », sia conveniente di fare la biopsia.

Il prof. **Finzi,** di Alessandria, tratteggia un caso molto interessante di **mieloma con grande prevalenza di cellule eosinofile.** Esso aveva una unica localizzazione, contrariamente a quanto si legge essere il quadro classico del mieloma. Da notarsi che il paziente che presentava questa forma morbosa, era affetto anche da elmintiasi.

Il prof. **F. Micheli,** a proposito della comunicazione del prof. Finzi, rileva la rarità del reperto di cellule eosinofile

nel mieloma, senza per altro escluderne la possibilità. Tuttavia accenna all'ipotesi che nel caso speciale l'eosinofilia possa esser messa in rapporto più che col tumore, con alcune condizioni coesistenti, ma estranee al mieloma: così per es. con la presenza di elminti. Osserva inoltre che la mancanza dei sintomi clinici di altre localizzazioni non esclude la molteplicità delle localizzazioni stesse, perchè in molti mielomi non si riscontrano per lungo tempo nè clinicamente nè radiologicamente localizzazioni ossee.

Il prof. **B. Morpurgo** dice di aver esaminato istologicamente il tumore riguardante il caso del prof. Finzi, il quale lo ha veramente stupito per la straordinaria quantità di cellule eosinofile. Osserva al prof. Micheli che vi è la possibilità di una relazione tra la eosinofilia del sangue e quella del tumore nel senso che l'elmintiasi può aver agito da un lato sul midollo delle ossa e dall'altro sul parenchima del tumore, cagionando in tutti e due la preponderanza degli elementi granulosi eosinofili.

Dott. **F. Stoppani: La diagnosi precoce del carcinoma esofageo all'indagine Roentgen.** — Con numerose ed interessanti proiezioni passa in rivista tutte le alterazioni funzionali che più facilmente e più frequentemente possono simulare delle neoformazioni dell'esofago. Conclude sulle necessità che ogni ammalato il quale per i sintomi clinici presentati lungo il decorso della malattia sia sospetto di alterazioni neoplastiche esofagee, venga inviato al radiologo, il quale potrà pronunciarsi con competenza sulla diagnosi esatta, avendo a sua disposizione quei mezzi tecnici (boli opachi, ingestione di liquidi opachi e di boli, proiezioni speciali) che possono dare una grande sicurezza circa al reperto e la discriminazione delle alterazioni.

Dott. **M. Mairano: Un caso di morbo di Bowen.** — L'O. riferisce di un caso di morbo di Bowen osservato in una donna di 63 anni, nella quale già dall'età di 30 anni era apparsa in corrispondenza della regione inguinale D. una chiazza eritematosa la quale andò via via allargandosi nel mentre la superficie si desquamava ricoprendosi quindi di un sottile strato di essudato e di qualche crosticina ematica sì da apparire simile ad una placca di psoriasi. Negli anni successivi altre chiazze consimili apparvero nelle regioni del tronco, risparmiando la faccia e gli arti, ed in seguito, 4 anni fa, apparve nell'orlo d'una delle chiazze una tumefazione nodulare, indolente, del volume d'una nocciola che andò ricoprendosi di essudati e crosticine ulcerandosi quindi sì da sanguinare abbondantemente. Negli anni seguenti altre nodosità consimili apparvero su altre chiazze. Questi tumoretti furono successivamente asportati e l'esame istologico dimostrò trattarsi ogni volta di epitelioma basocellulare con numerosi zaffi epiteliali approfonditi nel derma

e ricchi di cariocinesi. L'infiltrazione non si estendeva oltre il cellulare sottocutaneo.

Il decorso clinico ed i caratteri istologici del tumore riconducono questo ai casi descritti da Bowen e Darier. Nessuna recidiva in sito si è finora verificata. Non esiste infiltrazione dei gangli e le condizioni dell'ammalata sono buone.

Prof. **Serafini: Alcuni casi di carcinoma del retto operati e guariti.** — L'O. dichiara di aver modificato negli ultimi tempi la sua tecnica praticando sempre l'ano contro natura; perchè così il tumore si disinfiamma ed acquista una grande mobilità sui piani sottostanti, in condizioni tali cioè che diventa assai più semplice e facile l'asportazione chirurgica in un secondo tempo.

Egli può presentare secondo questo sistema vari casi (4) di guarigioni avvenute da vari anni (in uno di essi si era praticato l'ano artificiale, e un mese dopo si era asportato il tumore; ebbene la recidiva è sì avvenuta, ma solo dopo otto anni di vita laboriosa e tranquilla in campagna).

Presenta all'Assemblea un paziente che è guarito da tre anni e quattro mesi, e che ha un ano iliaco di sinistra il quale è ormai quasi perfettamente continente. Dal punto di vista tecnico osserva che l'ano iliaco va fatto a canna di fucile; ed inoltre non si deve insistere nel voler abboccare il retto alla regione dello sfintere dopo l'asportazione del tumore, perchè esso ha tendenza a staccarsi ed a retrarsi: è meglio quindi fissare il moncone del retto al sacro.

Dott. **G. Segre: Diagnosi differenziale fra echinococco del polmone e metastasi polmonari di neoplasmi.** — L'O. presenta le radiografie di tre casi clinici nelle quali si notano formazioni globose in pieno tessuto polmonare, assai somiglianti fra di loro.

Il primo caso si riferisce ad una vera cisti da echinococco insorta in un malato di echinococco del fegato, rivelata dalla sola indagine radiologica, riconosciuta al tavolo operatorio e guarita.

Il secondo caso riguarda una donna colpita da emottisi ripetute, nella quale la radiografia e un certo grado di eosinofilia portarono alla diagnosi di echinococco; all'atto operativo si trovò invece una massa neoplasica friabile riconosciuta istologicamente per sarcoma. Nell'anamnesi si scoprì che la donna era stata operata tre anni prima di un piccolo tumore sviluppatosi dopo un trauma alla coscia destra. Recidiva del tumore polmonare; exitus dopo un anno.

Nel terzo caso un uomo di 38 anni, operato da un anno di orchiectomia con diagnosi macroscopica di tubercolosi del testicolo, presenta nel lobo medio del polmone destro, nella metà inferiore del polmone sinistro e infine al disopra della cupola diaframmatica a destra tre voluminose masse tondeggianti che comprimono il tessuto polmonare provocando dispnea e cianosi. Esclusa la tubercolosi, escluso

l'echinococco (prove sierologiche, intradermoreazione, eosinofilia e in seguito puntura esplorativa: tutte negative) si giudica trattarsi di metastasi polmonari della malattia del testicolo (probabilmente sarcoma con zone di degenerazione necrotica). Exitus dopo 15 giorni.

L'O. conchiude: Nella cisti da echinococco del polmone il periodo di latenza è più lungo che nelle metastasi neoplasiche; nelle cisti la reazione pleurica è di solito più cospicua che nelle metastasi; l'eosinofilia non ha valore assoluto. L'echinococco si localizza ai lobi inferiori, i nodi metastatici compaiono pure e con prevalenza nei lobi superiori.

La diagnosi esatta risulta dal complesso dei segni clinici e radiologici, dai risultati degli esami di laboratorio, dalla eventuale concomitanza di lesioni analoghe in altri organi. Importante è la ricerca diligente dei dati anamnestici.

Dott. **A. Antonioli: Dimostrazione di casi di tumori maligni della bocca, trattati chirurgicamente.** — Dai vari casi presentati dall'oratore scaturisce la conclusione che in questi casi la miglior norma sia sempre quella di tener presente l'intervento chirurgico radicale, preceduto dalla asportazione delle ghiandole carotidee e sotto mandibolari, come uno dei mezzi più efficaci che oggi può dare, sebbene in scarsa quantità, i migliori risultati.

Il prof. **Serafini** richiama l'attenzione sull'ultimo caso presentato dal dottor Antonioli, che ritiene notevolmente interessante per la circostanza delle plastiche successive, di cui l'ultima è stata praticata ricorrendo ad un lembo preso sulla regione del collo, dove cioè esisteva una superficie cutanea di riparo, dovuta agli innesti alla Thiersch consecutivi alla prima utilizzazione del lembo cutaneo della regione per riparare la breccia chirurgica. Egli ha notato in questi casi un vero sdoppiamento della fascia superficiale, che era divenuta così succosa da permettere l'asportazione del lembo per colmare la nuova perdita di sostanza.

Il presidente Sen. **B. Pescarolo** ringrazia tutti i convenuti per aver esaurito il programma dell'interessante riunione, avvertendo nello stesso tempo che la prossima riunione è fissata per la metà del prossimo mese di giugno.

Seduta III (23 giugno 1928)

Il Presidente Sen. **Pescarolo** apre la seduta alle ore 15,30. Siedono con lui al tavolo presidenziale i professori: Micheli, Morpurgo e Bertolotti.

Prof. **Boidi Trotti: Esiti di Radium e Röntgenterapia in un caso di tumore inoperabile della base della lingua e del pavimento della bocca** (Inviato dal prof. Finzi di Alessandria). — L'O. presenta all'Assemblea un soggetto attualmente in ottime condizioni di salute, nel quale era stato constatato lo scorso anno un cancro del pavimento della bocca e della base della lingua che dal chirurgo fu ritenuto inoperabile per la sua sede ed estensione. Sottoposto a cura combinata di Radium e Röntgen, gli vennero applicati n. 2 tubetti di circa 20 mmgr. ciascuno di BrR nella cavità orale lateralmente alla lingua e uno sul pavimento della bocca: altri due tubetti dello stesso tenore di R furono applicati esternamente nella regione sottomascellare destra e infine altri due nella regione sottomascellare sinistra (dove esistevano infiltrazioni ghiandolari), trattenuti a mezzo di mulage a circa 1 cm. di distanza dalla pelle. L'applicazione durò 6 giorni.

Contemporaneamente vennero fatte 10 sedute di roentgenterapia a fuochi incrociati nella regione sottomascellare. Dopo circa 3 mesi, benchè il p. si ritenesse completamente guarito, fu sottoposto ad un secondo ciclo di applicazioni Radium e Röntgen eguale al primo.

Già dopo il primo periodo di cura l'a. cominciò a notare circa al 20° giorno una diminuzione progressiva della infiltrazione sottomascellare ed a riprendere i movimenti della lingua senza più sentire dolori. L'escrescenza sul bordo d. della lingua cadde appunto dopo 25 giorni lasciando una cicatrice piana impercettibile.

Quando si presentò per il secondo periodo di cura la tumefazione ghiandolare sottomascellare era in gran parte scomparsa; la lingua era ritornata normale; di nuovo era possibile la nutrizione solita, potendo l'a. masticare senza alcun dolore.

Presentemente dopo 8 mesi le condizioni generali e locali si mantengono ottime, l'a. ha riacquistato 12 kg. di peso, accudisce alle proprie occupazioni come prima della malattia.

Prof. **Fantino: Appunti clinici e radiologici su alcuni casi di chirurgia gastrica.** — L'O. ha operato recentemente 6 casi di carcinoma del ventricolo e venti di stenosi cicatriziale o di ulcera dello stomaco o del duodeno e ad essi limita le sue osservazioni.

Nel carcinoma ha riscontrato sempre sangue nelle feci e nel vomito. Quanto alla secrezione cloridrica in un caso vi era tasso cloridrico normale, nell'altro ipercloridria e gastro-succurea e in essi il tumore occupava il piloro e la prima porzione del duodeno, in 4 vi era anacloridria e il tumore si estendeva largamente sulla zona antrale.

Su questo reperto, contrastante coi dati della fisiologia, egli richiama l'attenzione per invitare a ricerche sistematiche i cui risultati potrebbero servire di guida per la diagnosi di sede. Osserva che il cancro del piloro non in tutti i casi dà stenosi e ristagno, talvolta anzi esiste quasi incontinenza pilorica. Ove non sia possibile l'asportazione, si dovrà ricorrere alla gastro-enterostomia solo nella prima serie di casi.

Circa la resezione egli ritiene più consigliabile il primo metodo di Billroth, sempre quando sia possibile, perchè assai meglio degli altri processi restituisce i visceri alle normali condizioni anatomiche. Al secondo processo di Billroth egli preferisce quello di Poyla. Consiglia la nutrizione per bocca assai precoce, per sottrarre al pericolo di morte per inanizione questi malati ridotti talora al limite delle loro risorse.

Questa condotta vale per tutti gli operati di stomaco, salvo i casi di gravi emorragie in atto o recenti.

Constata l'accordo dei chirurghi e dei radiologi nel riconoscere l'inefficacia della radioterapia nelle affezioni cancerigne del tubo gastro-enterico, per conchiudere sulla necessità di una diagnosi il più possibile precoce come mezzo indispensabile ad ottenere risultati chirurgici completi e durevoli.

Nei 20 casi di ulceri o stenosi benigne sovraccennate, l'operazione fu determinata tre volte da emorragie gravissime, in un quarto l'emorragia grave insorse al secondo giorno, negli altri esisteva per lo più emorragia latente.

Salvo in un caso di ulcera callosa, in cui fece la escisione, egli si limitò negli altri alla gastro-enterostomia laterale posteriore. Analoga condotta egli ha seguito da oltre 30 anni in un numero assai grande di operati, con mortalità operatoria quasi nulla, con esito funzionale si può dire perfetto e con guarigione definitiva dell'ulcera.

Egli pertanto non appartiene al gruppo dei fautori della sistematica asportazione dell'ulcera, la quale comporta una mortalità operatoria assai alta. E con piacere constata che alla linea di prudenza sono ritornati molti fra i chirurghi più autorevoli, dopo un'esperienza tutt'altro che soddisfacente colla operazione radicale sistematica.

Circa il reperto radiografico osserva che esso in taluni

casi fu preziosa guida per la diagnosi e per la cura, ma che in taluni altri ha portato ad errori diagnostici grossolani, come ad es. in un caso in cui la radioscopia, ripetuta più volte, ci ha posto davanti al più classico esempio di stomaco a clessidra, mentre all'operazione, sotto il rilasciamento prodotto dalla anestesia lombare, risultò uno stomaco perfettamente normale.

L'O. conchiude perciò sulla necessità d'attento esame clinico unitamente ai sintomi radiologici per sfuggire al pericolo di errori diagnostici che possono ripercuotersi sull'indirizzo della cura.

Accenna ancora ad alcuni casi importanti di sifilide dello stomaco, che si propone di illustrare in una prossima seduta.

In discussione:

Il Presidente **Pescarolo:** Il problema del rapporto tra presenza e quantità di HCl da una parte, e localizzazione ed estensione dell'infiltrazione neoplastica dall'altra fu già dibattuto verso la fine del secolo scorso. La risposta è molto difficile: egli vide qualche caso di stenosi neoplastica pilorica con succo gastrico ipercloridrico, in cui la gastro-enterostomia non è riuscita perchè la parete stomacale era già infiltrata dal neoplasma.

Ma certamente lo studio completo di molti casi come quelli del prof. Fantino getterà luce sulla questione.

Salotti non è del parere assoluto che la g. e. s. nell'ulcera duodenale sia l'operazione di elezione. Può consentire che solo nei casi in cui non esiste iperacidità possa essere utile. L'O. ha osservato talvolta ulceri peptiche e talora dolori per il passaggio attraverso la vecchia via per ulcus non guarito.

Circa la importanza e gli errori della Radiologia l'O. afferma che il reperto radiologico positivo deve essere per il clinico inoppugnabile; solo quello negativo può lasciare in qualche caso dubbioso.

Circa la clessidra gastrica riscontrata radiologicamente e non trovata operatoriamente, l'O. ritiene trattarsi di una clessidra spastica, cessata con l'anestesia dell'atto operativo, analoga, del resto, alle molte descritte ed assai note.

Prof. **Bertolotti: Comportamento di un osteo-sarcoma dell'omero curato coi raggi X e col Radium.** — L'O. presenta un bambino di 6 a. che nel novembre dello scorso anno era stato esaminato col sussidio R. Il quadro radiologico lasciava in dubbio tra un processo infiammatorio di osteomielite ed un osteo-sarcoma. L'O. conchiuse tuttavia per una forma tumorale che venne confermata all'esame istologico.

Giudicato il caso inoperabile e sottoposto alla radioterapia si potè assistere ad un miglioramento rapidissimo e ad una totale trasformazione del reperto clinico e radiografico.

L'O. presenta oggi l'a. del tutto ristabilito ed illustra le proiezioni dei radiogrammi in serie presi durante la cura.

La storia di questo caso è interessante: il quadro clinico febbrile, l'età giovanile del p., la localizzazione epifisaria, la grande analogia col reperto radiografico dell'osteomielite e la rapida metaplasia ossea dopo l'irradiazione fanno pensare che si tratti non di un sarcoma osteogenico ma di una forma poco nota di endotelioma di Ewing.

Sarà estremamente importante seguirne la sorte e tentare di ricostruire su altri casi la fisionomia clinica e radiografica di questa importante entità neoplastica isolata dall'Ewing.

G. A. Brossa: Siero diagnosi aspecifiche del carcinoma. — L'O. parla succintamente delle reazioni di Botelho, R. Fischer, H. Kahn che consistono nel mettere in vista la labilità colloidale del siero carcinomatoso con soluzione jodo-jodurata (Botelho), alcool e gelatina (R. Fischer), solfato ammonico 37 % (H. Kahn). Malgrado le varie teorie dei sopradetti AA.: presenza di una speciale albumina A (Kahn), protezione particolare detta dal Fischer «prostaxia» ecc., l'O. ritiene che la causa unica di tutte queste reazioni sia da attribuirsi a uno spostamento dei due proteidi del siero con aumento relativo della globulina e diminuzione della albumina e rispettivamente diminuzione dell'indice albuminoideo (albumina, globulina) analogamente a quanto si verifica nella gravidanza, nella tubercolosi, ecc. La fase proteica più grossolanamente dispersa (globulina) è di più facile flocculazione che non sia la albumina, più finemente dispersa.

Naturalmente anche i lipoidi presenti possono esplicare una azione loro propria, ma la questione è molto oscura e manca una qualsiasi ipotesi in proposito.

Un'altra serie di reazioni hanno a loro fondamento variazioni della tensione superficiale, p. e. la R. meiostagminica di M. Ascoli. Quest'ultima ebbe una semplificazione per opera di Izar che determina flocculazione nei sieri per mezzo di aggiunta definita di acido ricinolico. Più comodo e più semplice ancora è una reazione all'oleato sodico proposta da H. Kahn.

L'O. espone una sua propria reazione al rosso Congo di assai facile applicazione. Due anni di esperienze hanno dato risultati abbastanza soddisfacenti, sia fatta da sola, sia confrontata con altre reazioni di labilità di cui già si è parlato.

La reazione consistente in aggiunta di rosso Congo a poche goccie di sangue intero e poi successivamente chinino (cloridrato) non ha alcun significato specifico — su questo punto l'O. ancora una volta richiama l'attenzione dei colleghi — è un semplice indice che aggiunto ad altri dati diagnostici può confermare una dubbia diagnosi, mentre una mancata labilità esclude quasi sempre la presenza d'uno stato morboso.

Prof. **C. Cipriani,** Dott. **A. Lucca** e dott. **A. Allodi: Accertamento biologico della natura cancerigna delle albumine del succo gastrico nei casi di cancro dello stomaco.** — Venne usato uno speciale metodo che utilizza la reazione della deviazione del complemento. Il siero anticancro venne preparato con particolare procedimento che segue quello proposto da Micheli per l'individualizzazione della proteina di Bence Jones, metodo che ha per indirizzo informatore di eliminare la formazione di anticorpi non specifici. I succhi gastrici furono prelevati col mezzo del sondaggio prolungato a digiuno scegliendo pei casi di cancro ammalati in cui la lesione era per lo più avanzata. Opportune serie di reazioni nelle quali il contenuto di albumine e il contenuto salino dei liquidi gastrici in esame e dei succhi gastrici di controllo erano artificialmente conguagliati tendono a far ritenere che la reazione avvenga veramente in modo specifico. La individualizzazione ha dato esito positivo in vari casi di carcinoma gastrico mentre è riuscita negativa sui succhi gastrici in trenta casi fra normali e gastropatie non neoplastiche fin'ora esaminati.

In discussione:

Prof. **F. Micheli:** Ho chiesto la parola per fissare brevemente alcuni punti relativi alle comunicazioni dei dottori Brossa, Cipriani, Lucca e Allodi, i quali hanno trattato delle due direttive sierodiagnostiche che sono coltivate nella Clinica che ho l'onore di dirigere.

L'una di queste riguarda il problema della sierodiagnosi aspecifica, l'altra quello della sierodiagnosi specifica. Per ciò che riguarda quest'ultimo, ricordo che esso è stato coltivato con amore quando le reazioni immunitarie erano in voga. Ma i risultati sono stati nulli, da una parte perchè nel siero di sangue dei malati di carcinoma non sono dimostrabili anticorpi specifici di sorta, e dall'altra perchè quando si è passati alla ricerca degli antigeni si sono adoperati senza cautele speciali i metodi delle precipitine e della deviazione del complemento, metodi coi quali si ottengono delle reazioni di specie semplicemente e puramente. Il successo, grande o piccolo che sia, delle ricerche che Cipriani e i suoi Colleghi hanno fatto in Clinica dipende dal criterio che ha presieduto alle loro ricerche. Io ho incaricato i miei Assistenti di eliminare quello che è reazione di gruppo, di specie, delle albumine cancerose, con questo sistema: immunizzare gli animali con le minime dosi di albumine cancerose necessarie alla produzione degli anticorpi.

Con questo metodo io ho potuto dimostrare che l'albumina di Bence-Jones possiede una netta individualità biochimica. Con questo metodo cioè si mira ad impedire la formazione di anticorpi rivolti genericamente contro le albumine nuove. E si rivelò, attraverso le ricerche compiute sinora. Le albumine cancerose contenute nella secrezione

gastrica parrebbero essere fornite di una certa individualità biochimica sufficiente perchè esse siano riconosciute come tali col metodo della deviazione del complemento.

Naturalmente le ricerche continuano e debbono essere allargate e condotte con rigoroso criterio.

E' facile intendere come questo metodo possa essere tentato alla dimostrazione di antigeni cancerosi anche nelle orine (tumori del rene, della vescica) e dei versamenti neoplastici. E' ciò che stiamo studiando.

Quanto alla siero-diagnosi aspecifica, il prof. Brossa ha già detto chiaramente che il fondamento della maggior parte delle reazioni proposte da varie parti e che di continuo si propongono, è rappresentato da una speciale labilità dei colloidi del siero e del plasma.

Aggiungerò che anche la famosa reazione di Freund e Kaminer, fondata sull'assenza nel siero canceroso di proprietà citolitiche verso le cellule cancerose, proprietà che sono invece presenti nei sieri normali, è stata ricondotta da recenti ricerche di H. Sachs e dei suoi collaboratori a uno squilibrio colloidale, perchè in realtà anche nel siero canceroso sono presenti degli ambocettori ad azione citolitica, la cui attività è nascosta da sostanze anticomplementari.

Quando adunque noi applichiamo alla siero-diagnosi del cancro uno di questi metodi, quello di Brossa e Bozzolo, ad esempio, che senza essere inferiore agli altri ha sugli altri il vantaggio di una grande semplicità, noi ricerchiamo soltanto se e in quanto il plasma del nostro p. è colloidabile o meno. Con questo voi capite senz'altro che a questa forma di siero-diagnosi non può spettare alcuna specificità e che il risultato della reazione deve essere valutato con rigoroso e acuto criterio clinico.

La colloidabilità del plasma o del siero, comunque, è un sintomo, è un elemento di più che noi utilizziamo e dobbiamo apprezzare assieme agli altri elementi forniti dal complesso esame dell'ammalato. E aggiungerò, un elemento che può talvolta rendere dei buoni servigi alla clinica.

Nella diagnosi differenziale delle gastropatie, per esempio, quando il fegato non è interessato, l'esito positivo di queste reazioni aspecifiche ci ha condotto qualche volta a sospettare giustamente il cancro o la trasformazione concerosa di un'ulcera iuxtapilorica, quando l'esame radiografico nulla ancora ci aveva detto di preciso, e quando, come spesso avviene nei tumori a sede pilorica, l'esame del chimismo gastrico ci aveva lasciato ugualmente in asso.

Indubbiamente, nè la siero-diagnosi specifica, nè quella aspecifica possono essere considerate finora come metodi di diagnosi precoce, nel vero senso della parola.

Non dimentichiamo però che la precocità della diagnosi è relativa sia all'età del tumore sia alla possibilità clinica di assicurare il diagnostico, e se questi vari mezzi, opportunamente valutati, possono affrettare il diagnostico in una

serie più o meno numerosa di casi, la loro introduzione nella clinica può essere senz'altro giustificata.

Il Pres. Sen. **Pescarolo** ringrazia vivamente il prof. Micheli del suo discorso, che costituisce il nucleo di un nuovo capitolo di diagnostica clinica, la cui grande importanza non sfugge ad alcuno.

Dott. **Angelo Allodi: Sul reperto di conservato chimismo gastrico e di ipercloridria in casi di tumori gastrici con sede pilorica.** — L'O. fa presente come al reperto di achilia ritenuto costante in casi di tumori gastrici siano venuti opponendosi in seguito al perfezionarsi dei mezzi d'indagine e dei metodi di dosaggio dell'acidità, casi con conservato chimismo: è stato anzi confermato quanto già venne rilevato da tempo da Boas, come in casi di tumori prevalentemente localizzati alla regione pilorica si possa riscontrare anche ipercloridria.

L'O. riferisce sul comportamento della secrezione gastrica (sia a digiuno che dopo la colazione di Ewald) in 10 casi di tumori prevalentemente localizzati alla regione pilorica, nei quali la diagnosi venne confermata al tavolo operatorio o posta in base ad esame clinico e radiologico. In 6 casi di essi (1 era di ulcera-cancro) venne riscontrata all'esame gastrico ipercloridria. Negli altri 5 casi vi era conservato chimismo ed erano evidenti in tutti segni clinici e radiologici di stenosi pilorica. In alcuni dei primi casi la ipercloridria si accompagnava con ipersecrezione e con ritardato svuotamento dello stomaco; in altri esisteva, al contrario, una scarsa secrezione a digiuno e alle volte una manifesta ipercinesi, confermata anche con l'esame radiologico. Dei casi di tumore con conservato chimismo e segni di stenosi pilorica, non in tutti vennero trovati valori normali di HCl libero, benchè l'AT risultasse normale: la conservazione del chimismo era quindi in tali casi soltanto apparente essendo riferibile, in parte, agli acidi organici (presenza di acido lattico) da fermentazione dei resti alimentari.

L'O. non ritiene che l'iperacidità e la normo-acidità in casi di tumori pilorici siano soltanto da mettersi in rapporto alla stenosi e al conseguente ristagno alimentare come affermano alcuni (tra i quali v. Bergmann). A conferma di ciò accenna alla presenza di ipercloridria in taluni suoi casi nei quali non erano rilevabili segni di stenosi, e di ipo-acidità ed anche di achilia in casi di tumori pilorici con evidente ristagno. L'ipercloridria e la conservazione della acidità dovrebbero invece, secondo l'O., essere considerate come determinate da condizioni strettamente inerenti alla sede pilorica del tumore. La presenza di questo nella regione pilorica e iuxtapilorica provocherebbe un aumento di quegli stimoli che già normalmente da esse sono trasmessi alle ghiandole cloro-peptiche delle altre regioni gastriche e specialmente dal fondo, ancora funzionanti e che ne regolano la secrezione.

Specie nelle forme iniziali di tumori è frequente il reperto di ipercloridria. La diagnosi differenziale tra ulcera semplice, ulcera-cancro e cancro iniziale senza constatabile pregressa o concomitante lesione ulcerosa presenta spesso notevoli difficoltà, tutti i dati clinici, di laboratorio e anche radiologici, potendo essere probativi sia per l'una che per le altre affezioni.

Molta importanza deve darsi alle prove biologiche e sierologiche, le quali sono spesso di valido complemento ai dati di cui sopra.

In caso di dubbio è consigliabile l'intervento precoce, onde non incorrere nel pericolo di misconoscere l'esistenza di un tumore ed impedire in ogni caso la trasformazione di un'ulcera in ulcera-cancro.

In discussione:

Prof. **P. Girardi:** La comunicazione del collega Allodi viene a confermare i risultati delle note ricerche dell'O. con le quali dimostrava che nel 42 % dei casi di carcinoma dello stomaco si trova acido cloridrico libero purchè venga praticato il sondaggio prolungato dello stomaco a digiuno oppure l'estrazione frazionata della colazione di Ewald, poichè con questi due metodi si sfrutta tutta la potenza secretoria dello stomaco mentre invece con l'estrazione al 45° m' della colazione di Ewald si saggia la potenza secretoria dello stomaco per un tempo troppo breve. L'acloridria che si osserva nei carcinomatosi gastrici con l'estrazione della colazione di Ewald al 45° m' è quasi per il 50 % una acloridria relativa.

Con la nuova metodica noi però abbiamo un mezzo che ci permette di fare molte volte la diagnosi precoce di carcinoma dello stomaco, più precoce di quella che ci viene offerta dall'esame del sangue occulto nelle feci, poichè in questa contingenza dobbiamo ammettere la presenza di un tumore già ulcerato mentre invece alle volte si possono osservare delle cellule neoplastiche carcinomatose nel liquido di lavatura dello stomaco anche quando il tumore non è ulcerato.

Certo mettendo in pratica la diagnosi sierologica specifica ed aspecifica sarà interessante vedere quale accordo vi è tra queste reazioni e la citodiagnosi.

Prof. **L. Ferria: Su una statistica di ventun casi di tumori del rene.** — L'O. espone i dati principali desunti da 21 osservazione di tumore del rene da lui operati. I tumori del rene rappresenterebbero il 5 % dei casi di affezioni renali chirurgiche trattati nella Sezione Urologica dell'Ospedale San Giovanni, da lui diretta.

L'età della maggior loro frequenza sta fra i 40 ed i 60 anni. Sui 21 casi si contavano 19 tumori epiteliali (16 ipernefromi e 3 carcinomi), 1 sarcoma a cellule fusiformi ed 1 tumore misto voluminoso in un bambino.

L'O. trovò fra l'altro quattro volte propagazione di zaffi neoplastici lungo la vena renale, due volte il trapianto nell'uretere e nella vescica.

Fra i sintomi dominava l'ematuria, la cui prima apparizione datava da un tempo più o meno lungo. In parecchi casi, quando essa erasi rivelata per la prima volta, il tumore aveva già raggiunto un notevole volume; in tre casi invece questo non era affatto palpabile, benchè fosse già trascorso un lungo tempo (fino a due anni) dalla ematuria iniziale: trattavasi di piccoli ipernefromi protrudenti nel bacinetto.

In tutti questi casi l'O. praticò la nefrectomia, fuorchè in uno, dove dovette limitarsi ad una esplorazione per le troppe aderenze: volendo ad ogni modo arrestare le frequenti e gravi ematurie, praticò la legatura dell'uretere con resezione: l'a. si riebbe considerevolmente per un tempo lungo e decedette poi due anni dopo per cachessia.

L'O. conta due casi di morte operatoria, per collasso. Negli altri casi registrò: 7 morti per recidiva nel primo anno, 4 nel secondo, 2 nel terzo, 1 nel quarto. Attualmente sopravvivono due ammalati operati da un anno e mezzo; degli altri mancano notizie.

Questi risultati, che concordano con quelli della maggioranza, dovrebbero essere facilmente migliori, se si facesse più precocemente la diagnosi.

Davanti ad un a. che presenti delle ematurie spontanee indolenti, totali, con intervalli di orine limpide, il pratico è portato troppo spesso a cullarsi nella diagnosi di nefrite emorragica, mentre si può aver da fare con un tumore iniziale del rene nelle migliori condizioni di operabilità.

Per precisare la diagnosi in un periodo così importante del decorso, l'O. tiene molto conto dell'assenza di cause soddisfacenti e della età (se fra i 40 ed i 60 anni). Non ha trovato costante l'assenza di coaguli nelle ematurie da nefrite, carattere che secondo Marion dovrebbe distinguerle dalle ematurie tumorali. Invece per la diagnosi ebbe più volte da constatare il valore dei dati della pielografia quando il bacinetto è invaso o deformato dal tumore.

Ma anche quando la pielografia non soccorresse chiaramente, davanti ad ematurie « sine causa », persistenti in una persona anziana, l'O. ritiene ancora così doveroso il sospetto di tumore da essere autorizzati a consigliare l'a. di sottoporsi ad una nefroscopia piuttosto che rimanere esposto ad una evoluzione insidiosa del male che più tardi non troncherebbe forse più nemmeno la nefrectomia.

In discussione.

Pescarolo: la data delle prime emorragie in casi di tumori renali può essere antica, antichissima: cita un caso operato dal prof. Lasio in cui la prima emorragia era insorta 6 anni prima, la seconda un anno dopo; e solo negli ultimi

mesi, ripetendosi le emorragie, l'a. si anemizzò e si assoggettò agli esami necessari ed all'operazione.

Prof. G. Massa (Chirurgo Primario Ospedale Mauriziano): **Osservazioni su due casi di tumori del tenue.** — L'O. riporta due casi di tumore del tenue, uno, anulare e primitivo, del digiuno; il secondo, secondario, laterale, dell'ileo, originato dall'ovaio e in seguito penetrato e vegetante nell'intestino. Entrambi operati e guariti.

Venendo a considerazioni generali constata la rarità del carcinoma del tenue, riferisce le statistiche di vari autori, e riporta quella dell'Ospedale Mauriziano dove in 14 anni su 230 carcinomi dell'intestino furono trovati solo 5 carcinomi del tenue (2,17 %).

Ritiene che si debba dare importanza al contenuto liquido non traumatizzante del tenue, e specialmente alla mancanza di punti fissi e di punti fisiologicamente stenotici di questa porzione dell'intestino. E' pure interessante il lato clinico perchè spesso i sintomi rimangono per lungo tempo latenti; quindi la necessità di indagini esaurienti, specialmente radiologiche: la prognosi operatoria è evidentemente migliore a seconda che l'intervento è eseguito in condizioni di calma intestinale o no.

Dottor **Bonanno: Esiste un problema geologico del cancro?** (Ricerche personali). — In questi ultimi tempi è stata sostenuta con un certo fervore l'influenza della costituzione geologica del suolo sull'eziologia dei tumori maligni. Quantunque i primi accenni di questa concezione risalgano al Moore, ad Haviland, a Noel, pure in questi ultimi tempi per l'intensificarsi dello studio statistico della distribuzione del cancro, la teoria dell'influenza del suolo sull'eziologia del cancro è stata ripresa da Carrière, Stely, Chaton, Lakowsky.

La spiegazione che gli AA. dànno dell'influenza degli strati geologici sull'eziologia del cancro da loro ammessa è varia. Secondo alcuni si tratterebbe dell'influenza favorevole o meno da parte del suolo o delle acque sul microrganismo o sul virus che produce il cancro. A questo proposito vengono citati esempi di centri abitati ove la mortalità per cancro ha subìto delle modificazioni per il modificarsi per es. dell'acqua potabile.

Altri, come il Lakowsky, ammettono trattarsi di modificazioni delle radiazioni cosmiche assorbite dal terreno e riflesse o meno a seconda la natura degli strati del suolo, donde il costituirsi alla superficie del suolo di nuovi campi di radiazioni e per congruenza di squilibrio delle radiazioni emesse dalle cellule dell'organismo da cui la produzione del tumore. A tale uopo la permeabilità o meno del terreno verso le radiazioni cosmiche coinciderebbe con una minore o maggiore insorgenza dei tumori maligni.

Tutte queste deduzioni teoriche hanno il grave torto di

poggiare con illimitata fiducia sui dati statistici della mortalità per cancro.

Dalle ricerche statistiche della distribuzione del cancro in Piemonte e dal paragone della costituzione geologica del suolo, non viene confermata la teoria del Lakowsky, in quanto che a terreni alluvionali che assorbono le radiazioni cosmiche senza ridetterle, corrisponde una mortalità per cancro maggiore che nelle regioni ove i terreni sono in prevalenza a base di minerali: risultati questi opposti a quelli riferiti da Lakowsky per la Francia.

Prof. **A. Bertocchi: Degli effetti della laparotomia esplorativa nel carcinoma inoperabile dello stomaco.** Riferisce sovra tre casi di carcinoma gastrico inoperabile (2 della piccola e 1 della grande curvatura) nei quali la sola laparotomia esplorativa con le manovre ad essa connesse ha determinato: miglioramento delle condizioni generali del p. con aumento di peso da 4 a 7 kg.; diminuzione della massa del neoplasma; scomparsa della sintomatologia dolorosa inerente alla lesione gastrica. Questi fatti hanno permesso ai p. la ripresa delle loro attività per periodi variabili da 6 mesi ad un anno.

Interessante a tale proposito il caso di un impiegato ferroviario che, dopo un miglioramento rapido con attenuazione notevole dei fatti anemici, ha potuto riprendere il suo ufficio per parecchi mesi ed è poi morto di carcinosi peritoneale dopo 16 mesi dall'atto operatorio.

Dopo aver ricordato gli AA. che già si sono occupati dell'argomento, si ferma a considerare il lavoro di Spangaro riferito al Congresso Internazionale di Chirurgia del 1912 a Gand.

Ritiene che i benefici apportati dalla laparotomia siano essenzialmente dovuti a regressione dei fatti infiammatori talora gravi che accompagnano sempre i neoplasmi ulcerati, specialmente gastrointestinali.

Discute le varie ipotesi che spiegano il miglioramento e la guarigione della peritonite tubercolare con la laparotomia esplorativa, e cerca, in analogia, di darsi ragione anche dei benefici risultati che talora si ottengono nel carcinoma gastrico inoperabile.

Crede che i recentissimi lavori di Goldschmidt e Schloss dimostranti sperimentalmente l'aumento del potere fagocitario e triptico del liquido e dell'estratto omentale e del liquido peritoneale dopo laparotomia, possano dare una spiegazione non solo del regredire dei fatti infiammatori accompagnanti il blastoma, ma anche della riduzione del blastoma stesso.

In discussione:

Il Presidente prof. **Pescarolo:** anche la gastro-enterostomia in certi casi di carcinoma pilorico stenosante dà un miglioramento tale e di tale durata, che non è spiegabile solo col miglioramento della nutrizione generale per la

ristabilita canalizzazione gastro-intestinale. A dare tale miglioramento deve contribuire pure l'arresto e l'attenuazione dei fenomeni tumorali. E poichè in tali casi per lo più, il carcinoma è legato, anzi secondario a lesioni infiammatorie piloriche, che vengono a guarigione colla gastro-enterostomia, l'attenuazione del neoplasma accompagna il miglioramento del processo infiammatorio.

Il Dott. **E. Vecchia** dell'Ospedale Mauriziano, riferisce **di un reperto di spironemi in casi di carcinoma gastrico.** — Questi spironemi assenti nello stomaco normale e nell'ulcera gastrica vennero invece trovati in numerosi casi di carcinoma gastrico. Per la colorazione l'O. ha usato il metodo Fontana. Gli spironemi si presentano sotto due forme: spironemi A e B, grandi e piccoli.

Al reperto l'O. attribuisce per ora il valore di semplice localizzazione.

Ultimate così le comunicazioni il Prof. **Pescarolo** chiude la seduta con le seguenti parole: « Signori, riunioni come questa dimostrano di quali e quanti frutti sia fecondo il terreno della medicina e della chirurgia pratica. A rivederci in novembre ».

Seduta IV (24 novembre 1928)

La riunione è aperta alle ore 15,30: presenti il Presidente Prof. Sen. Pescarolo ed i Direttori del Centro: Prof. Donati, Micheli, Morpurgo, Bertolotti.

Il Presidente Sen. Prof. **Pescarolo** dopo aver ringraziato calorosamente gli illustri proff. Belfanti di Milano, Solaro di Busto Arsizio, Cipollino di Novara, di essere venuti da lontano a partecipare alla nostra riunione, legge un telegramma di augurio mandato dalla Società di Cultura Medica novarese, che incarica il prof. Cipollino di rappresentarla alla riunione, ed una lettera dell'illustre prof. Maggiora, Preside della Facoltà di Medicina, che spiacente di non poter intervenire, invia fervidi auguri per l'avvenire della nostra Istituzione.

Pronunzia in seguito queste parole d'apertura, alla nuova serie di riunioni: « E' con grande compiacimento che vediamo affermarsi queste riunioni, in cui tutti i medici, dal più illustre scienziato al pratico più modesto, possono portare il loro contributo per lo studio e cura del cancro.

« Il momento attuale è uno dei più interessanti e promettenti nella storia del terribile problema: la chirurgia e la radiologia ieri quasi antagoniste, cercano, sotto la guida dei migliori maestri, di unirsi per creare la chirurgia-radiologica, cioè la clinica dove si svolga il lavoro associato, combinato, caso per caso, del chirurgo e del radiologo.

« La medicina interna, la patologia generale, affinano le indagini per scrutare l'enigma eziologico, per arrivare a diagnosi sempre più precoci, senza di che nessuna cura, nè medica, nè chirurgica, nè radiologica sarà tempestiva.

« La farmacologia, seguendo l'indirizzo biologico ci offre dei rimedi, che vorrebbero sostituire o per lo meno aiutare la chirurgia e la radiologia nella cura del cancro: ieri era il piombo colloidale di Blaire Beil, oggi è un'altra preparazione di piombo colloidale del Lorenzini, domani saranno i sali alogeni di magnesia, su cui il prof. Delbet chiamò l'attenzione in questi ultimi giorni, ed altri sono venuti ed ancora verranno; a tutti, purchè seri ed onesti, il nostro Centro apre le porte per lo studio e controllo. Ma a chi

spetterà sempre l'ultima parola per giudicare metodi e sistemi di cura? Al medico pratico, che pel primo vede il malato di cancro, lo segue attraverso le cure, lo sorveglia per mesi ed anni dopo le cure. Il nostro Centro farà ogni sforzo possibile per guadagnarsi la fiduciosa collaborazione del medico pratico, affinchè il risultato del suo paziente e prezioso lavoro in questo campo non vada perduto ».

Dà quindi la parola al prof. Donati.

Il Prof. **Donati** prendendo lo spunto dalle parole del Presidente, accenna egli pure alle recenti proposte di metodi chemioterapici per la cura del cancro che se sono da accettarsi come tentativi, sono da condannarsi quando lanciati dalla stampa politica, coltivino nei pazienti delle perniciose illusioni a tutto scapito di quella che finora è la cura più efficace: l'intervento precoce.

Passa quindi a svolgere la comunicazione: « **Amputazioni interscapolo-toraciche per neoplasmi dell'omero** ».

Presenta un'operata di amputazione interscapolo-toracica per sarcoma parvirotondo cellulare della testa e del ⅓ sup. dell'omero sinistro. In questo, come in altri tre identici interventi che l'O. ha praticato per neoplasmi alla testa e del ⅓ superiore dell'omero, la guarigione è stata rapida e senza incidenti.

L'O. si sofferma su taluni particolari di tecnica e discute dei limiti e delle indicazioni di operabilità dei detti tumori.

Prof. **Uffreduzzi: La lotta contro il cancro negli Stati Uniti d'America ed in modo particolare dell'indirizzo ivi prevalente nella terapia del cancro.** — La lotta contro il cancro negli Stati Uniti d'America è sotto il controllo della « American Society for the Control of Cancer », fondata nel 1913 da un gruppo di medici e di profani, che ha lo scopo di coordinare tutti gli sforzi nei vari Stati dell'Unione anche a legislazione sanitaria differente, e rappresenta un organo consultivo ricercato ed ascoltato dalle autorità sanitarie del Governo (U. S. Public Health Service), dei singoli Stati (State Board of Health) e delle grandi città (City Boards of Health). Il programma di questo organo, che ha attualmente forti disponibilità finanziarie è il seguente:

1) istruire il pubblico su quello che deve sapere riguardo al cancro;

2) fornire ai medici tutte le nozioni e gli aiuti necessari perchè giungano ad essi tutte le novità e le scoperte inerenti alla diagnosi ed alle cure del cancro;

3) creare « Centri » speciali per la diagnosi e la cura dei pazienti di cancro;

4) seguire, aiutare e stimolare tutte le ricerche sulla causa, sulla prevenzione e sulla cura del cancro.

La realizzazione di questo piano è in via di esecuzione e

formidabilmente aiutato dalla pubblica beneficenza, che dà largamente i mezzi, ed ha già conseguito risultati molto importanti.

Non posso riferire tutti i particolari e perciò toccherò brevemente solo alcuni punti.

In tutti i Centri di studio gli studi sono in pieno sviluppo, nel periodo in cui io fui in America facevano molto rumore le ricerche del dott. Murphy, del Rockefeller Institute, più tardi comunicate alla Convenzione di Londra. Il câmpo è molto diviso riguardo alla patogenesi ed eziologia del cancro. Mentre molti insigni chirurgi e medici ed alcuni igienisti sono fedeli alla concezione del cancro come malattia infettiva, entro certi limiti contagiosa ed ereditaria, almeno nella predisposizione, i patologi con Ewen, dell'Istituto Rockefeller e Carrel sono contrarii alla concezione parassitaria, e sembrano propendere per una causa non ben desunta, un fermento non vivo stimolante alla proliferazione.

Carrel pare abbia portato qualche contributo a questa concezione dimostrando che tessuti embrionali coltivati in vitro possono esser stimolati alla proliferazione blastomatosa da sostanze chimiche irritanti. Murphy avrebbe portato un nuovo contributo, almeno per il sarcoma dei polli, dimostrando che il filtrato sottoposto ad azione elettrolitica si scinde e solo uno dei componenti mantiene il potere di trasmettere il tumore ad altri animali, senza naturalmente conservare più traccia di sostanza vivente. Il dibattito però è sempre vivo e la questione per nulla risolta, essendo il risultato di Murphy limitato al sarcoma dei polli, la cui natura blastomatosa è posta da molti in dubbio e dovendo ricerche così delicate e possibili di errori e di inquinamenti venir confermate.

Si discuteva inoltre molto anche su giornali politici di una nuova (?) teoria chimica del cancro dovuta al dott. Mc Donald, direttore delle ricerche sul cancro nell'Università dello Stato di Pennsylvania. Questo A. ritiene possibile scoprire preventivamente la tendenza al cancro, e non ritiene azzardato sperare di modificarla. Ritiene il cancro una malattia della cellula e specialmente della moltiplicazione cellulare, che avviene fuori delle solite leggi (lawlessly) e senza scopo (irresponsibly). La causa starebbe non in germi infettanti, ma nella deficienza dei mezzi che normalmente inibiscono e frenano l'accrescimento. La presenza e la quantità degli idrogenioni, sarebbe come per altri processi quella che decide dell'attività moltiplicativa cellulare. Il dott. Mc Donald ha scoperto un metodo per determinare il numero degli idrogenioni delle cellule del sangue. La moltiplicazione cellulare sarebbe in rapporto colla preponderanza degli joni. Preponderanza di sodio accelera la moltiplicazione cellulare, la preponderanza di calcio inibisce la moltiplicazione cellulare. Per la vita delle cellule è necessario l'equilibrio tra idrogeno e joni

idrossilici. Nel cancro l'equilibrio è turbato. Un alto grado di alcalinità aumenta la moltiplicazione cellulare, e un alto potere di alcalinità si troverebbe nei malati di cancro. In essi vi è una diminuita quantità di calcio totale e di calcio jonizzato.

L'irradiazione, quando agisce effettivamente, produce una alterazione della concentrazione di idrogeno nel senso dell'acidità ed un aumento del calcio totale e del calcio jonizzato. Il cancro è una malattia accompagnata, se non causata, dall'alcalinità del sangue e da aumento di calcio nel sangue.

Riguardo al secondo punto (statistica e propaganda) dobbiamo riconoscere che l'organizzazione è delle più perfette. Tutti i vari Centri per lo studio del cancro hanno archivi ben organizzati e moduli per le storie cliniche molto completi e tutti uniformi, che permetteranno tra non molti anni di disporre di un enorme materiale perfettamente studiato in ogni particolare. Particolarmente molti problemi inerenti all'eziologia del cancro si troveranno risolti quasi inconsciamente quando sarà fatta la revisione e la coordinazione dei dati raccolti. Alcuni fatti son già stati messi in luce: il cancro è una delle cause più frequenti di morte: su 10.000 abitanti soltanto 178 morirono per malattie di cuore, 98 per malattie polmonari, 92 per emorragia cerebrale, 91 per cancro e solo 90 per tubercolosi polmonare, 89 per nefrite. L'aumento in 24 anni è dal 63.0 al 91.9 e quindi dal sesto al quarto posto tra le cause di morte. Tuttavia che questo incremento non corrisponda ad un effettivo aumento, o almeno solo in parte, è dimostrato da una interessante tabella statistica, che dimostra che l'incremento riguarda i tumori più profondi e meno facilmente diagnosticabili, mentre non tocca i tumori superficiali; così per es. dal 1900 al 1924 il cancro dello stomaco è passato dal 22.5 al 34.5, quello dell'intestino, compreso il retto, è passato dal 5.7 al 12.7, dei genitali femminili dal 8.8 al 12.9, mentre quello della pelle è passato da 2.0 a 2.7 nel 1910 ed era ancora a 2.7 nel 1924. Quindi si ha la conferma che molta parte dell'incremento è dovuto al migliorato diagnosticismo ed all'aumentata coltura del pubblico al riguardo.

La statistica americana determina infine che il cancro dello stomaco è il più frequente, perchè esso infatti colpisce i due sessi, tanto che nel 1924 sono morti 34.250 persone di tale cancro, 18.475 uomini e 15.775 donne, mentre sono morte soltanto 12.836 donne di cancro dell'utero, perciò anche raddoppiando il numero si arriverebbe solo a 24.000 morti, contro 34.250.

La propaganda è continua ed ammirevole. I medici hanno ricevuto in quasi ogni Stato, a spese della pubblica beneficenza, un ottimo manualetto: « Fatti essenziali sul cancro » in cui tutte le questioni pratiche e teoriche sono ottimamente riassunte in cento paginette. E' compilato da Greenough dell'Istituto del cancro Harward di Boston e da Ewen,

direttore dell'Istituto di ricerche sul cancro del Memorial Hospital di New York e degli Istituti Rockefeller.

Il pubblico è continuamente tenuto al corrente dai giornali, che fanno un'opera di sana ed illuminata propaganda; il numero quotidiano contiene quasi ogni giorno qualche articolo e qualche accenno alle questioni più importanti riferentisi al cancro, con tatto e buon gusto in modo da mettere i lettori sull'avviso senza allarmare eccessivamente, e anzi tentando di porgere la nota ottimista della guaribilità del cancro purchè diagnosticato in tempo. La propaganda è fatta inoltre col cinematografo, colle réclames luminose e sopratutto colla radio. Colla diffusione che ha questo mezzo è divenuto uno dei mezzi più formidabili di propaganda e di penetrazione e schiere di medici sono scritturati per tenere conferenze sugli argomenti più importanti riferentisi all'igiene preventiva, alla profilassi delle malattie infettive e sulla diagnosi precoce del cancro e sulla sua curabilità.

Questa organizzazione della propaganda, per quanto non abbia nulla di originale, seguendo le direttive che fin dal principio del secolo aveva dettato Winter per il cancro dell'utero, è per la sua mole, per la sua organizzazione perfetta, per la praticità e l'efficacia in ogni particolare la cosa più importante ed interessante che io abbia visto e quello che rappresenta meglio l'impronta dello spirito americano, più atto forse a perfezionare ed applicare disciplinatamente e largamente quello che la genialità europea ha scoperto, che non a creare nuove vie nel campo dell'indagine e della speculazione.

Per la cura le direttive non sono lontane dalle nostre. La cura chirurgica ha in genere il sopravvento e quasi tutti i competenti coi quali ho potuto parlare sono di questo avviso. Ciò è tanto vero che il Cancer Hospital di New York, che seguiva per le idee del suo direttore altre direttive, è caduto in tal discredito, che ha dovuto mutare il personale dirigente e orientarsi diversamente. Tuttavia anche in questo campo regna praticità e buon senso, così che la revisione dei risultati è così continua, che l'operazione è presto trascurata se non dà quello che è ragionevole sperare. Così p. es. in vari Istituti si è rilevato che mentre i risultati della cura chirurgica sono buoni per il cancro del corpo uterino, lo sono meno per quello della portio e sopratutto del canale cervicale. Per questi la mortalità operatoria è alta, i risultati stabili anche coll'operazione larga rarissimi, di modo che la maggior parte degli operatori si limita ad intervenire solo nei casi molto iniziali, lasciando volentieri alle cure radiologiche gli altri. Questo è quello che si fa al Memorial Hospital, al Centro del Cancro di Minneopolis, ed in vari altri servizi chirurgici di Boston, di Chicago.

Delle cure radiologiche vien fatto largo uso. Ho notato prevalenza di uso del radium e sopratutto dell'emanazione in confronto dell'uso dei raggi X, i cui impianti in genere

non hanno nulla di veramente superiore e spesso non raggiungono la potenza e la perfezione degli europei.

Il radio invece è usato con grande larghezza. Gli aghi radiferi sono usati con frequenza. Ho visto infiggere in casi di tumori dell'orbita dopo l'enucleazione, in tumori recidivi della lingua, della tonsilla, seguendo una tecnica molto simile a quella scoperta da Règaud e con dosi analoghe (in genere 1 milligr. circa ogni mmq. di tessuto sul quale agiva). Così pure è usata la tecnica dei fuochi concentrici per agire su vaste zone di tessuto sospetto.

L'emanazione è ampiamente usata. Gli Istituti che la preparano hanno in genere 1 gr. di bromuro di radio in soluzione acquosa; l'emanazione è preparata in apposite camere blindate da un fisico, che si dedica esclusivamente a questa pratica. Vi sono anche Istituti fisici che fanno l'emanazione per il commercio, controllati e l'uso è riservato ai medici. Il più noto fautore è il Muir di New York, che ha molto perfezionato e facilitato la tecnica per le singole sedi. L'emanazione portata dal mercurio in un tubetto capillare di vetro, quando il mercurio si retrae, rimane nel tubo e questo viene chiuso colla fiamma ossidrica. Questi segmenti di tubetto capillare vengono posti in placche di metallo (platino, acciaio), in fascetti, in aghi, ecc., a seconda della sede sulla quale debbono essere usati. Per l'utero il metodo di applicazione è dei più precisi. Un fascio di tubetti di emanazione è contenuto in una sonda metallica introdotta in una sonda di gomma. Questa, previa dilatazione coi dilatatori di Hegar, è introdotta nell'utero attraverso il canale cervicale. Inoltre un pessario di gomma con due cellette laterali portanti delle capsule metalliche contenenti i tubetti di emanazione viene introdotto in vagina e messo intorno alla portio. Vi è infine un altro strumento in gomma destinato a portare tubi per i fornici laterali e per i parametri. Questa medicazione viene rinnovata ogni giorno e prolungata per quattro o cinque giorni a seconda della tolleranza e della reazione dell'ammalata.

Per tutte le altre sedi e specialmente per le vie orinarie vi è una perfetta regolazione delle applicazioni e una tecnica minuziosamente fissata.

I risultati di tutte le cure non conducono a conclusioni molto dissimili dalle nostre. Il metodo di elezione è ormai per tutti la cura chirurgica, tranne forse per il cancro del canale cervicale, in cui molti, anche chirurghi, dati i pericoli dell'intervento e i risultati tardivi non molto buoni, preferiscono ricorrere anche subito alla cura radiumterapica completata o no da raggi Roentgen. In tutti senza eccezione è la persuasione che qualunque sia il mezzo usato, il cancro è curabile solo negli stadii iniziali e quindi tutti gli sforzi debbono concentrarsi per scoprire i tumori iniziali in uno stadio nel quale, senza pregiudicare il metodo di cura che verrà scelto, il cancro può ancora essere guarito.

Prof. **Giuseppe Solaro** (Busto Arsizio): **Sulla diagnosi e cura dei tumori cerebrali.** — L'O. tratta delle difficoltà della diagnosi dei tumori cerebrali, rilevando che per molti di essi non è possibile, con i soli mezzi clinici, integrati dalla indagine radiografica diretta, la diagnosi di sede, premessa indispensabile per la cura chirurgica radicale.

In questi casi trovano indicazione alcune particolari ricerche diagnostiche proposte dal Dandy, tra cui la pneumoventriculografia. Espone la propria esperienza in materia, riferentesi a 15 casi nei quali la ventriculografia, oltre a permettere di accertare l'esistenza o meno di un idrocefalo, fornì, in due casi, dati utili per la diagnosi di localizzazione del tumore, che non era stata altrimenti possibile.

Invoca una cordiale collaborazione del nevrologo col chirurgo, condizione fondamentale per il progredire delle conoscenze e dei risultati curativi nei tumori cerebrali, e riferisce una serie di osservazioni personali, traendone deduzioni pratiche sia dal punto di vista diagnostico, che da quello terapeutico.

Relativamente alla radioterapia, che riconosce costituire una risorsa non trascurabile nei casi di tumori cerebrali non localizzabili o comunque non estirpabili radicalmente, insiste sulla necessità di farla precedere dalla trapanazione decompressiva, quando esistano disturbi visivi, in via di rapido aggravamento.

Prof. **Bertolotti.** — Come ebbe già a rilevare a varie riprese in sede di Congressi o Società scientifiche, l'O. non è partigiano nè della «pneumo-encefalografia» nè della «ventricolografia» come metodi d'indagine nei tumori intracranici. Ancora recentemente un autorevole osservatore tedesco, il Mayer, si è espresso in modo decisamente contrario a questo metodo.

In craniologia Röntgen il metodo diretto (senza insufflazione nè di gas nè di altre sostanze) nelle mani di esperti osservatori si è dimostrato molto meno fallace che non il metodo indiretto della ventricolografia.

Valga fra i molti l'esempio di una osservazione personale studiata col collega Mattirolo, ed in cui l'esame radiografico, dopo l'insufflazione di gas nei ventricoli laterali, condusse ad un errore diagnostico, facendo interpretare come conseguente ad un tumore paraventricolare una notevole retrazione di uno dei ventricoli laterali, laddove all'autopsia si riscontrò trattarsi di una gliosi sottoependimale più accentuata dal lato del ventricolo retratto.

Errori di questo calibro ed anche più grossolani sono riferiti nella più recente letteratura che concerne questo metodo, come è dimostrato dalle frequenti ed erronee interpretazioni di tumori intracranici lateralizzati nella radio in proiezione sagittale in base ad uno spostamento di uno dei ventricoli insufflati.

Ben più ardui problemi diagnostici si possonc risolvere senza la tecnica della insufflazione ventricolare che, come riferisce il collega Solaro, è accompagnata da una alta percentuale di casi mortali.

Siccome poi il metodo indiretto serve sopratutto per la dimostrazione di tumori intrinseci paraventricolari, resta ancora da decidere quando mai il clinico od il radiologo abbiano da affrontare i pericoli di una tecnica che nelle mani di tutti gli sperimentatori, l'O. compreso, ha dato una mortalità variabile dal 10 al 25 %.

Si deve ancora ricordare che il gas iniettato nei ventricoli laterali si riassorbe lentamente, mentre il liquor si riproduce con rapidità per cui si può avere un brusco aumento di tensione colle conseguenze più nefaste.

Prof. **Solaro:** Resta ad ogni modo il fatto che nelle mani anche dei migliori radiologi, non meno del 20 % dei tumori cerebrali, sfugge al metodo radiologico diretto; specialmente in questi casi può trovare indicazione la pneumoventriculografia.

Prof. **O. Cipollino** (Novara): **La laminectomia nei tumori della colonna vertebrale.** — L'O. comunica un caso di linfoendotelioma della IX vertebra dorsale con compressione midollare in donna operata tre anni prima di tumore maligno del seno. La diagnosi di sede oltre che dai dati clinici fu desunta dalla prova di Sicard (rachilipiodiagnosi). Presenta le radiografie e il preparato microscopico. La laminectomia eseguita in trenta minuti, con emostasi perfetta e senza drenaggio, guarì per prima. Si ebbe appena dopo l'atto operativo miglioramento dei sintomi compressivi, ma dopo pochi giorni il miglioramento cessò ed anzi si ebbe ancora peggioramento e morì dopo quindici giorni dall'atto operativo per cistopielonefrosi. Conclude: nel caso di compressione da tumore (e anche da sospetto tumore) è utile intervenire colla laminectomia il più presto possibile, essendo la laminectomia per sè stessa operazione non grave, per cui nessuno potrebbe incolpare un chirurgo se la laminectomia divenisse un atto esclusivamente esplorativo. La prova del Sicard è sempre utile sia semplice (lipiodol discendente) sia doppia (lipiodol ascendente e discendente). Il lipiodol nella cauda non ha dato sinora disturbi apprezzabili. Sostiene che la lentezza nell'atto operativo propugnata da Martel, da Robineau e da Dominici, relatore al Congresso di Chirurgia Italiano, non è affatto condizione necessaria, anzi nociva.

Il Prof. **Donati** fa presente che in casi di tumori maligni della colonna vertebrale non è generalmente il caso di intervenire anche perchè la lesione ossea è di solito così estesa che l'intervento non può che essere palliativo e ad effetto temporaneo. La metastasi del carcinoma mammario nella colonna vertebrale è sempre da tenersi presente e non è generalmente del resto la sola metastasi ossea.

Sen. **Pescarolo.** — La carcinosi vertebrale metastatica in donne affette da carcinoma mammario, e specialmente in donne operate, è frequente e decorre alle volte in modo terribilmente subdolo. Ricorda un caso visto a Milano assieme ad un distinto collega: una donna, non ancora cinquantenne, operata 8 mesi prima di carcinoma mammario da un illustre chirurgo, da due o tre mesi ha dolori vaganti al dorso, lieve movimento febbrile: si parla di reumatismi muscolari. Alla visita mentre l'ammalata è in piedi, appoggiata colle mani sul letto e la schiena nuda verso i medici, per l'esame del dorso, getta un grido, cade per terra con una paraplegia fulminea, completa di senso e di moto. La radiografia fatta subito dopo, al letto dell'ammalata, dimostrò una carcinosi diffusa alle tre ultime vertebre dorsali ed alla prima lombare, con spostamento delle vertebre l'una sull'altra. L'ammalata morì due mesi dopo col quadro della mielite trasversa totale. I dolori dorsali, le mialgie, le nevralgie in donne affette da carcinoma del seno, devono sempre destare qualche sospetto di lesioni vertebrali metastatiche, ed indurre ad esami radiografici della colonna per quanto le ammalate godano ancora di una buona salute generale e continuino la loro vita abituale.

Il Prof. **Micheli** a proposito della comunicazione del Prof. Cipollino richiama l'attenzione sull'importanza che ha la presenza di elementi sanguigni immaturi e sopratutto di eritroblasti in circolo per la diagnosi di tumori delle ossa in genere.

Prof. **L. Bobbio: Di alcuni criteri pratici per la lotta contro il cancro desunti da considerazioni clinico-statistiche.** — Da una statistica di 187 tumori maligni raccolti nella sua sezione dal gennaio 1926 all'ottobre 1928 su un numero complessivo di malati 2559 (proporzione del 7,3 %) e che comprende 159 carcinomi e 28 sarcomi l'O. trae alcune considerazioni eziologiche e cliniche.

Sotto l'aspetto eziologico l'O. lamenta la scarsa importanza che in tutte le storie cliniche di blastomi maligni anche le più completamente redatte si suole dare ai momenti eziologici e insiste sull'importanza che questi invece hanno, tanto che crede che un materiale abbondante raccolto con ricerche sia dirette che indirette a proposito dell'eziologia dei tumori potrebbe fornire un prezioso materiale di studi e di ricerche.

Il fattore ereditarietà quasi sempre trascurato è presente nettamente 13 volte su 159 carcinomi: cifra che dovrà certamente aumentare quando appunto l'eziologia dei blastomi sarà più attentamente ricercata. Cita fra questi una classica famiglia di cancerosi: nonna, madre e tre figlie tutte affette da carcinoma del seno.

In 15 casi su 159 si notano dei momenti eziologici importanti e netti: traumi pregressi, processi infiammatori precedenti, tumori benigni preesistenti, cicatrici.

Fra i 28 sarcomi nessun caso di ereditarietà neoplastica: 3 però di essi a netta origine traumatica.

Accenna alle particolarità anatomiche di alcuni tumori: due casi di carcinosarcomi, uno del tiroide, l'altro dell'ovaio: un caso di epitelioma spinocellulare di probabile origine branchiogena a sviluppo endotiroideo, un caso di sarcoma a grandi cellule fusate del rene, un magnifico esemplare di simpatoblastoma di una capsula surrenale in un ragazzo di 4 anni, una carcinosi peritoneale con carcinosi erniaria e sintomi di strozzamento erniario in un giovine di 28 anni da vasta ulcera cancerigna dello stomaco, un adenocarcinoma cistico della cicatrice addominale in un laparotomizzato un anno prima per cancro gastrico resecato, un adenocarcinoma mammario in donna di 72 anni con tubercolosi delle ghiandole ascellari: un sarcoma osteoplastico del palmo della mano, ecc.

Accenna ad alcune particolarità di diagnosi e di decorso e ricorda come purtroppo i carcinomatosi arrivino sempre troppo tardi; così di 10 casi di cancro del retto 9 erano assolutamente inoperabili, di 17 casi di cancri uterini 9 inoperabili e 8 su i limiti dell'operabilità.

Ricorda infine un caso a sintomatologia gastrica con diagnosi radiologica di cancro gastrico in cui l'operazione invece riscontrò un carcinoma dell'angolo splenico del colon: ciò che dimostra come sia utile la costante cooperazione medico-chirurgica e radiologica.

Riguardo alla cura l'O. crede che mentre l'epitelioma del collo uterino dovrebbe essere di spettanza radioterapica i cancri del corpo uterino e quelli della mammella dovrebbero essere di spettanza chirurgica non escludendo che per questi ultimi le cure combinate fisiche e chirurgiche possano ancora migliorare i nostri risultati.

Come criteri pratici l'O. crede:

1) essere indispensabile far opera di attiva propaganda presso tutti i medici perchè essi forniti di adatto modulo nosografico possano approfondire lo studio eziologico ambientale del cancro dandoci fra qualche anno una raccolta di fatti tale da costituire un prezioso materiale di studio;

2) essere indispensabile per una proficua lotta contro il cancro istituire una grande sezione di cancerigni anche di quelli inoperabili e cachettici perchè solo così si potrebbe avere un materiale importante di studio per tutte le ricerche eziopatogenetiche eziologiche e terapeutiche, provvedendo in tal modo anche ad un'opera di umanità verso tanti sofferenti.

Prof. **C. Bruzzone** (già Aiuto del Prof. Gavello): **Considerazioni su cinquanta casi di tumori maligni dell'orecchio e delle vie aeree superiori.** — Rileva anzitutto la necessità che il medico generico sia edotto, per mezzo dei Centri, di quanto si compie nell'ambito delle varie specialità, per la lotta contro i tumori maligni.

Le statistiche generali, sono, per l'otorinolaringologia, troppo globali, indeterminate, manchevoli, Spetta ai Centri il lavoro di coordinazione e di sintesi in questa categoria di tumori.

I casi presentatisi al Centro di Torino erano quasi tutti inoperabili: ciò è da deplorare in modo particolare, trattandosi di organi accessibili alla vista, con la facile possibilità di biopsia.

Passa in rassegna i casi osservati e ne presenta alcuni. Si sofferma in particolar modo sul cancro della laringe, sulla scorta di altri nove casi operati dal compianto professore Gavello, di cui taluno tuttora in osservazione. Rileva la frequenza di innesto del cancro su laringiti luetiche.

La diagnosi, nel cancro della laringe, non può essere che laringoscopica ed istologica insieme. Esso è guaribile, essendo inizialmente localizzato e circoscritto per la costituzione anatomica stessa dell'organo vocale; dà metastasi tardive; la tecnica operatoria è assai perfezionata.

Il posto d'onore nella cura spetta alla tirotomia, che può dare una altissima percentuale di guarigioni definitive (80 % in determinate circostanze); del resto intervento endolaringeo, tracheotomia, cure fisiche. Dà le indicazioni relative.

Conclude affermando che, in questa categoria di tumori maligni, è sufficiente il « dubbio precoce », essendo possibile l'esame obbiettivo e facile l'esportazione di frammenti per biopsia, per modo che la diagnosi precoce si impone da sè con la conseguente trionfante terapia.

Dopo la comunicazione del Prof. Bruzzone, il Presidente **Sen. Pescarolo** coglie l'occasione per ricordare l'opera del compianto Prof. Gavello, « la cui memoria », egli afferma, « è sempre presente in noi, che gli fummo per lunghi anni compagni ».

Sono le 18,30; il Presidente scioglie la riunione, rimandando lo svolgimento di altre nove comunicazioni alla riunione successiva.

Seduta V (20 dicembre 1928)

Il Presidente Sen. Pescarolo apre la seduta alle ore 17,30. Sono presenti i Direttori del Centro: Professori Donati, Morpurgo, Bertolotti.

Prof. Stropeni: I carcinomi del moncone cervicale dopo l'isterectomia sopravaginale per affezioni benigne.

La possibilità che il moncone del collo uterino, lasciato in posto dopo una isterectomia subtotale addominale, potesse diventare sede di un carcinoma, aveva da lungo tempo richiamata l'attenzione dei pratici, e li aveva anche impressionati, tanto che qualche chirurgo ritiene ancora più prudente procedere all'isterectomia totale anche nei casi di tumori benigni o d'infiammazioni che pur sembrano indicare la subtotale (Giordano). I casi finora noti di carcinoma del collo dopo isterectomia subtotale erano però sporadici, tanto che nel 1912 Oliva ne poteva riunire 44, percentuale quindi assai bassa; ma la questione è stata ripresa recentemente in Italia dalla scuola del Ferroni e in Francia da quella del Faure che portarono un contributo non indifferente, tanto che qualcuno parlò di una percentuale del 3 % dei carcinomi del collo dopo isterectomia, quasi ammettendo in essi una predisposizione alla terribile malattia.

In genere gli Autori che si occuparono dell'argomento riferiscono i casi di carcinomi conclamati senza poter dire delle condizioni del collo uterino prima dello sviluppo del tumore, tanto che talora non appare neppur chiaro se si tratta di un neoplasma nuovo o di una recidiva nel collo di carcinoma del corpo asportato incompletamente.

L'O. ha potuto osservare tre di questi casi da lui operati. il carcinoma (in tutti a tipo basocellulare) si sviluppò 6-7 anni dopo l'isterectomia subtotale, eseguita dall'O. due volte per mioma ed una volta per fatti infiammatori gravi utero-annessiali. Due di queste malate presentavano all'atto della prima operazione ulcerazioni del collo che, anzichè beneficiare dell'intervento demolitore, parvero aggravarsi, richiedendo cure costanti di mesi per giungere a guarigione; nel terzo caso persistettero dopo l'operazione dolori intermittenti per una massa cicatriziale esuberante che si percepiva bene dal fornice posteriore dove appunto dopo sei anni si aprì una vasta ulcera cancerosa.

Da queste osservazioni l'O. ritiene che si possa concludere che se non appare giustificato sostituire in tutti i casi l'isterectomia totale più grave alla subtotale trova però quella indicazione, per la profilassi del carcinoma del collo, in tutti i casi in cui il collo appare alterato per cicatrici o peggio per processi ulcerativi.

Il **Prof. Pescarolo** dice di avere non raramente osservato che donne operate d'isterectomia sopravaginale per fibromi uterini dopo mesi od anni presentavano fenomeni di cervicite, che precedevano la sclerosi atrofica del moncone cervicale; tali fatti inaspettati perciò inquietanti, esigevano soventi speciali cure ginecologiche.

Il **Prof. Donati** non esclude la possibilità accennata dal Sen. Pescarolo del manifestarsi di fatti infiammatori a carico del collo dell'utero dopo l'isterectomia sopravaginale, ma essa non è frequente. Per esperienza dell'O. nella grandissima maggioranza dei casi si ha anzi tendenza alla sclerosi, all'ipotrofia del collo. Pertanto la lontana possibilità di una degenerazione cancerosa del moncone non deve prospettarsi come uno spauracchio e far deviare da quella che è l'indicazione abituale nei casi di tumore del corpo, l'isterectomia sopravaginale; l'isterectomia totale aggrava la prognosi dell'operazione, sia pure in misura minima, ma certo superiore a quello che può essere il pericolo dello sviluppo di carcinomi sul collo secondariamente all'isterectomia sopravaginale. Che se il collo presenta poi delle ulcerazioni croniche di lunga durata e ribelli alle cure, allora si può dire che esiste l'indicazione all'isterectomia totale.

Dott. Calissano: Carcinomi della piccola curva dello stomaco, sviluppati su pregresse ulcere croniche.

La frequenza dello sviluppo del carcinoma gastrico su pregresse ulcere croniche è ora ammessa dalla massima parte dei chirurghi sebbene qualche autorevole voce discorde sia sorta anche recentemente.

Hartmann ad esempio, pur non rigettando in modo assoluto la possibilità della degenerazione epiteliomatosa dell'ulcera, asserisce che nella maggioranza delle lesioni cancerigne presentanti macroscopicamente l'aspetto di ulcera si tratta non di un'ulcera degenerata, ma di una forma speciale di cancro, molto fibroso, a marcia molto lenta, che può essere paragonata alla forma scirrosa del cancro della mammella. Mac-Carty della Clinica di Mayo, invece, pubblicò lo scorso anno uno studio fatto su 967 ulcere e 1353 carcinomi dello stomaco rimossi chirurgicamente, dal quale studio risulta che nel 60-70 % dei casi di carcinoma era dimostrabile istologicamente la loro derivazione dai bordi di un'ulcera cronica.

Nella Clinica Chirurgica di Torino venne operato dal Prof. Donati di resezione gastrica un individuo di 66 anni che da 15 anni presentava una netta sintomatologia di ulcera gastrica.

L'esame macro- e microscopico del pezzo asportato dimostrò che si trattava di un carcinoma sviluppato su pregressa ulcera della piccola curvatura (presentazione del pezzo anatomico e dei preparati istologici).

Nella statistica del Prof. Donati su 250 interventi per ulcera gastrica si trovano 3 casi interessanti per l'argomento in questione. Si tratta di tre uomini rispettivamente di 48 - 49 - 53 anni che presentavano una tipica storia di ulcera gastrica datante da 4 - 7 anni. L'esame chimico e radiologico fu nettamente positivo per l'ulcera ed all'atto operativo si rinvenne realmente la presenza di un'ulcera callosa della piccola curva, che non si potè resecare, ma si curò semplicemente con una gastro-enterostomia posteriore.

Dopo un periodo superiore ai tre anni questi individui si ripresentarono in Clinica e furono trovati affetti da carcinoma gastrico.

Secondo Hartmann, al quale occorsero tre casi simili a questi, la lesione che portò al primo intervento sarebbe già stata un cancro e non un'ulcera.

Per quanto da tutti gli AA. sia ammessa la difficoltà e molto spesso l'impossibilità di fare la diagnosi differenziale senza l'esame microscopico noi crediamo che nei nostri casi, per il lungo decorso della malattia (8 - 15 anni), il cancro, con ogni probabilità, sia stato secondario all'ulcera.

E molto istruttivo è pure un caso occorso nella nostra Clinica qualche anno fa.

Si tratta di una donna di media età la quale da parecchi anni presentava una netta sintomatologia di ulcera gastrica dolorosissima. Dal Prof. Fasiani, con resezione a sella della piccola curva, venne asportata un'ulcera callosa di circa 5 cm. di diametro.

L'esame istologico praticato su alcuni pezzi del bordo confermò la diagnosi di ulcera. Dopo circa un anno però la paziente si ripresentò con una sintomatologia di stenosi pilorica che al tavolo operatorio si constatò essere causata da un tumore grosso come un uovo, che l'esame istologico dimostrò essere un carcinoma. L'esame istologico di tutti i pezzi inclusi dell'ulcera precedente e non esaminati allora rilevò in uno di questi e per poche sezioni, la presenza di cellule evidentemente cancerigne.

E' questo certamente un esempio fra i più tipici e sicuri di carcinoma inizialissimo sviluppato su ulcera callosa.

Da quanto è stato detto si può ritenere per certo che molti carcinomi dello stomaco si sviluppano su ulcere callose della piccola curvatura e ne deriva come logica conseguenza, pei fini pratici della lotta contro il cancro, che tutti gli individui affetti da ulcera gastrica che non ha tendenza di guarire con le cure mediche, devono essere trattati chirurgicamente con la resezione dello stomaco, il quale intervento rappresenta non solo il metodo di cura ideale per l'ulcera gastrica, ma varrà a preservare molti di questi ammalati dal cancro dello stomaco.

Il **Prof. Donati** ha desiderato che un suo assistente esponesse i dati dell'esperienza della Clinica da lui diretta, per quanto almeno riguarda le ulceri della piccola curvatura che più facilmente assumono carattere calloso spesso penetrante nel fegato, o nel pancreas. Queste ulceri devono essere trattate possibilmente colla resezione. La triste esperienza del passato (e l'O. cita 24 casi di ulceri dall'apparenza cicatriziale di cui ben 6 dimostrarono poi sviluppo del carcinoma sulla cicatrice) deve vincere la riluttanza che ancora esiste nei chirurghi alla resezione. La gastroenteroanastomosi non evita codesta grave conseguenza a cui può andare incontro l'ulcera. E poichè per la sua esperienza l'O. può affermare con sicurezza che il pericolo inerente alla resezione non è affatto superiore a quello che presenta la gastroenteroanastomosi, si ha in ciò un motivo di più per preferire la resezione nelle cicatrici piloriche stenosanti callose e nelle ulceri callose.

Dott. F. Stoppani: Sulla radiumterapia degli angiomi cavernosi.

Dopo aver presentato vari casi d'angioma cavernoso, nei quali la lesione angiomatosa aveva determinato profonde alterazioni dei piani ossei, l'O. passa in rassegna i vari sussidi terapeutici che la terapia fisica offre nella lotta contro queste forme morbose.

Riassume quindi la complessa questione del trattamento curativo degli angiomi affermando che mentre negli angiomi del tronco e delle membra si può utilmente ricorrere alla chirurgia, la quale presenta il vantaggio della rapidità in regioni nelle quali poco importa la presenza d'una cicatrice, mentre nei piccoli angiomi del viso si può utilmente ricorrere alla elettrolisi ed alla diatermo-coagulazione, in tutte le forme angiomatose situate in regioni difficilmente aggredibili ed estese in profondità l'unico trattamento che offre una garanzia di successo è rappresentato dalla radiumterapia.

Dott. C. Alesio: Contributo alla patogenesi e allo sviluppo del rene policistico congenito.

Il problema patogenetico, nei riguardi del rene policistico, risulta ancora, ad onta dei numerosi contributi, in parte insoluto; infatti le vedute sulla natura di tale affezione appaiono suddivise fra tre diverse teorie: la infiammatoria, la teratologica e la tumorale.

Ho ritenuto non privo di interesse riesaminare questa dibattuta questione attraverso l'osservazione di un rene policistico monolaterale, appartenente ad un feto di 8 mesi, completando lo studio con alcune ricerche sullo sviluppo del rene.

Ciò premesso, le condizioni anormali di sviluppo, che si riscontrano nel rene policistico esaminato, possono meglio risaltare dall'attento confronto con il tipo evolutivo normale.

Le mie conclusioni possono essere così riassunte: il rene policistico congenito deriva da una malformazione, che colpisce il rene embrionale allo stadio di metanefros. Il processo malformativo, da cui esso deriva, ha la sua sede nel blastema renale, e rappresenta una deviazione dal tipo evolutivo o normale attraverso a due ordini di alterazioni: un'alterazione di produzione, ravvisabile in una diffusa formazione di connettivo lasso; un arresto di formazione, riconoscibile in un'aplasia degli elementi ghiandolari nel segmento embrionario superiore. In seguito a questo vizio di formazione non si verifica, se non in minima parte, la continuità fra elementi secernenti ed escretori, per cui gli elementi secernenti normali, inclusi nel connettivo anormale, subiscono la trasformazione cistica.

Infine assai discutibile è l'ammettere un'attività neoplastica del connettivo o degli epiteli, esclusa da tutti gli esami istologici praticati. Lo sviluppo del rene policistico è lento e progressivo e il suo volume dipende più dal numero e dalla grandezza delle cisti, che dall'indefinito accrescimento dei tessuti, ciò che sta anche a dimostrare che l'alterazione formativa può sussistere nel semplice rapporto quantitativo fra connettivo e parenchima, senza implicare l'accrescimento dell'organo.

Ritengo quindi da escludersi le denominazioni molto in uso di adenoma, adenocistoma, fibroadenoma, essendo il rene policistico un vero teratoma, al quale meglio si addicono le denominazioni di Hamartoma o Hamartoblastoma, che rappresentano opportunamente il difettoso miscuglio di tessuti e le alterazioni formative che del rene policistico formano le caratteristiche principali.

Dott. G. Galli: Carcinomi branchiogeni nel sesso femminile.

Premessi alcuni cenni sui carcinomi branchiogeni in genere, sulla loro rarità ecc., l'O. illustra due casi osservati in donne già degenti nella Clinica Chirurgica. Il primo riguarda una donna di circa 60 a. la quale quattro anni prima aveva notato alla regione carotidea destra una tumescenza che gradatamente era cresciuta di volume (come un grosso arancio) e si era fatta fissa, dolente e con irradiazioni dolorose alla faccia e all'arto superiore dello stesso lato; cute normale, mobile. Cure le più svariate in dipendenza di diagnosi diverse, sortirono nessun risultato.

Ricoverata in Clinica si rilevò trattarsi di tumore inoperabile, certamente primitivo, data la negatività dell'esame dei vari apparati. Una biopsia dimostrò trattarsi di un carcinoma ad epitelio pavimentoso. L'a. morì dopo brevissimo tempo.

Il secondo caso riguarda una donna di 20 anni con precedenti famigliari e personali negativi. Da un anno aveva rilevata la comparsa di una tumescenza alla regione carotidea sinistra: grossa come una nocciuola all'inizio, era attualmente grossa come un pugno d'uomo, dolori in sede e lungo

l'arto superiore sinistro e alla metà sinistra della faccia. Massa fissa, rivestita di cute mobile normale. Per molto tempo fu curata come affezione tubercolare senza alcun giovamento. In Clinica, dopo esperite le varie indagini venne posta la diagnosi di tumore primitivo del collo, inoperabile. Una biopsia fece rilevare trattarsi di un carcinoma ad epitelio poliedrico. L'a. fu sottoposta a trattamento radioterapico tutt'ora in corso.

L'O. in base ai 2 casi descritti, richiama l'attenzione sull'esistenza di carcinomi branchiogeni anche nel sesso femminile, contrariamente a quanto era ammesso fino a poco tempo fa, e sulla possibilità di osservarli anche in giovani. Una diagnosi precoce rende possibile l'intervento chirurgico con probabilità di successo: non riconosciuti rapidamente diventano inoperabili e portano a morte.

Dott. L. Caporale: La cistoscopia e la cromocistoscopia nei neoplasmi dell'utero.

L'O. dopo aver ricordate le varie alterazioni della vescica riscontrate in ammalate affette da neoplasmi benigni o maligni dell'utero, ricoverate nelle Cliniche Chirurgiche di Padova e di Torino, oppure presentatesi al Centro dei Tumori, riferisce quanto ha ottenuto dallo studio del vuotamento vescicale con cistoscopio a lavaggio continuo, paragonando i risultati con quanto si osserva nell'individuo normale. In quest'ultimo, durante il vuotamento, oltre alla riduzione progressiva dei vari diametri della vescica, si assiste alla formazione di rilevatezze e di solchi che divengono sempre più accentuati; il trigono si fa sporgente ed arcuato e gli orifizi ureterali si ravvicinano l'uno all'altro. Se per una causa qualsiasi esistono aderenze tra la faccia anteriore dell'utero e la vescica, oppure infiltrazioni perivescicali (ad es. nel carcinoma uterino), la formazione dei suddetti solchi e rilevatezze si arresta in corrispondenza del tratto aderente che non modifica il suo aspetto. Il trigono rimane quasi immobile e gli orifizi ureterali si spostano di poco dalla sede abituale se sono invasi i parametri (attraversati, come è noto, obliquamente dall'ultima porzione dell'uretere); restano invece immobili se anche questi ultimi prendono parte al processo. Egli conclude che il reperto riassunto, associato alle alterazioni abituali od all'esame clinico-ginecologico, possa essere considerato nel carcinoma uterino un segno clinico di grande utilità oltre che dal punto di vista diagnostico, dal punto di vista terapeutico e prognostico.

Dott. Milone: Su di un caso di disseminazione di endometrioma dell'utero sul peritoneo degli organi pelvici e dell'appendice.

L'a. entrò in Clinica Chirurgica con diagnosi di appendicite cronica e fu operata di appendicectomia. In corrispondenza della base dell'organo fu riscontrato un nodo della

grandezza di un grano di mais con la struttura microscopica di endometrioma. Un successivo intervento dimostrò che le salpingi e l'utero erano tumefatti e confusi in una unica massa a superficie irregolarmente bernoccoluta e fissa sul piccolo bacino. Non essendo stata possibile l'isterectomia a causa di un grave colasso cardiaco da cui fu colpita all'inizio dell'operazione, l'a. fu sottoposta alla sterilizzazione mediante applicazioni di raggi roentgen.

L'O. in riferimento al caso descritto illustra brevemente l'anatomia patologica, la patogenesi e la terapia delle neoformazioni comprese sotto la denominazione di endometrioma.

Dott. Vecchia: Considerazioni intorno a gravi precoci metastasi postoperatorie in un caso di carcinoma mammario.

L'O. riferisce di una donna ancor giovane nella quale per quanto sia stata fatta diagnosi precoce di carcinoma mammario e per quanto prontamente operata col metodo più radicale, tre mesi dopo avveniva la morte per metastasi in blocco, diffuse nel torace destro. In questa donna qualche mese prima pei suoi disturbi circolatori era stata fatta radioscopia toracica, e questa radioscopia era stata assolutamente negativa dal lato pleuro-polmonare. L'O. dice che questi fatti possono indebolire la fede sull'importanza e sull'utilità della diagnosi e dell'intervento precoce.

Il **Prof. Donati** fa presente che il caso citato dal Dottor Vecchia è purtroppo uno dei tanti — e l'evenienza è particolarmente facile in caso di carcinoma della mammella — in cui si hanno metastasi precoci e voluminose anche con tumori piccolissimi. Cita appunto a tal proposito casi tolti dalla sua esperienza di carcinosi diffuse con noduli piccolissimi della mammella. Questa constatazione ad ogni modo rafforza ancor più il concetto che il tumore debba essere operato in uno stadio precoce in modo da precorrere le metastasi. Però siccome purtroppo talune di queste talvolta difficilmente si possono mettere in evidenza, si può credere in certi casi di aver operato precocemente quando invece metastasi lontane si sono già sviluppate. Il caso del Dott. Vecchia è probabilmente uno di questi. Ingiustificato sarebbe quindi in base a casi simili l'allarme contro il concetto dell'intervento precoce che anzi essi lo rafforzano.

Tanto più cotesto allarme sarebbe ingiustificato e dannoso in un momento come l'attuale, nel quale purtroppo non ancora è formata la coscienza chirurgica nella cura del cancro e si deve continuare a combattere la tendenza a ritardare l'intervento chirurgico e l'opinione troppo diffusa che il cancro nonostante l'intervento dia metastasi. Ben sappiamo che il tumore non si può sempre guarire ma basta la coscienza di poter prolungare la vita in moltissimi casi e in altri di poterla salvare, per giustificare la lotta più intensa contro il nichilismo terapeutico. Del resto,

quanto al cancro della mammella, l'O. ha avuto occasione anche quest'anno di vedere casi da lui operati 17-18 e più anni fa e che sono perfettamente guariti.

Il **Prof. Diena** desidera di udire il parere del Prof. Pescarolo e del Prof. Donati su l'indicazione chirurgica nei tumori della mammella.

Egli riferisce su tre casi che negli ultimissimi tempi caddero sotto la sua osservazione, nei quali qualche chirurgo, a cui le ammalate si erano rivolte, si oppose ad un intervento che egli credeva necessario per la dolorabilità che era insorta accompagnata da aumento del tumore, e per la comparsa di piccole ghiandole nel cavo ascellare. L'intervento era parso urgente ad altri chirurghi in antecedenza consultati.

I primi non giudicarono nemmeno necessaria una biopsia.

Poichè è umano che l'a. ascolti chi del suo male fa il caso meno grave ne viene di conseguenza che, in tali casi, l'intervento sia ritardato fino a quando la diagnosi s'imponga, il che purtroppo avviene quando l'operazione è ormai tardiva.

Il **Prof. Donati** a proposito di biopsie accenna alla tendenza che vi è ad abusare di quest'atto operativo, che se è opportuno e necessario nei casi dubbi o in quelli nei quali si debba giudicare della struttura del neoplasma, la sua radiosensibilità o meno, può talvolta riuscire dannosa in quanto si possono aprire vie alla diffusione del tumore.

Il **Prof. Morpurgo** è perfettamente daccordo nel ritenere che occorre ben precisare i casi in cui bisogna fare la biopsia e riconosce che la biopsia non ha un'applicazione nella diagnosi dei tumori della mammella di fronte ai quali in ogni caso viene fatta l'estirpazione di tutto il tumore e a seconda del risultato dell'esame macro- e microscopico di questo viene decisa la condotta ulteriore del chirurgo. Ritiene però che non sia giusto nè opportuno di mettere in guardia contro la biopsia come atto che può riuscire dannoso al malato. Sono ben noti casi nei quali la biopsia non va praticata ma molti ne restano nei quali essa è molto vantaggiosa e anche necessaria per una diagnosi tempestiva.

Prof. Bertolotti. — A proposito di biopsia l'O. crede si possa fare una certa distinzione: vi sono delle biopsie certamente innocue quando ad esempio si tratti di prelevare piccoli frammenti di tessuto in neoplasie vegetanti e superficiali (collo dell'utero, tonsilla, ecc.). Di regola però quando si debbano ledere i tessuti in profondità, la tecnica della biopsia può comportare qualche riserva. Sopratutto l'O. si riferisce ai tumori ossei a carattere di malignità spiccata. Tutte le volte — si può dire — che nei tipici osteosarcomi si effettua una biopsia — senza intervenire subito dopo — si presentano due ordini di difficoltà: in primo luogo si manifesta uno slabbramento della ferita con tumefazione dei bordi ed indurimento a tipo di edema ligneo

che dura lungamente rendendo molto difficile il processo di riparazione della ferita.

Secondariamente resta una labilità permanente dei tessuti lungo la linea cicatriziale che può molto nuocere ai fini di una cura coi raggi Röntgen o col radium. Infatti le irradiazioni su queste cicatrici anche a distanza di tempo, possono provocare facilmente delle radionecrosi.

Salvo queste riserve, l'O. resta perfettamente d'accordo sulla utilità della biopsia a scopo diagnostico non solo ma anche e sopratutto come orientamento terapeutico.

Il **Prof. Pescarolo** risponde al Prof. Diena che a proposito del carcinoma mammario deve ripetere quanto ha scritto altre volte. La maledizione di questi casi è il tentennamento dei medici e chirurghi, che primi vedono le malate; di più purtroppo malgrado ogni propaganda per la diagnosi precoce del cancro e la necessità dell'operazione immediata, vediamo ogni giorno malati e malate di cancro, che passano da un sanitario all'altro finchè trovano quello che sconsiglia ogni intervento o perchè la diagnosi non sembra sicura, o perchè l'operazione non avrà esito favorevole. Bisogna assolutamente per la lotta contro il cancro elevare sempre più la scienza e la coscienza del medico pratico.

Dott. Zanardi: Metastasi di carcinomi dell'utero nelle ovaie e di carcinomi dell'ovaio nell'utero.

L'O. riferisce il caso di una donna, in cui esistevano tre tumori distinti: un cistocarcinoma vegetante dell'ovaio, un carcinoma del corpo dell'utero e fibromi calcificati. L'esame istologico fa concludere che il neoplasma uterino è una metastasi del neoplasma ovarico; è dimostrativa a questo riguardo la presenza in seno al tumore uterino di corpi psammomatosi, caratteristici dei tumori ovarici.

Fa rilevare la rarità di tale metastasi e come si debba ammettere un trasporto retrogrado per via linfatica, anzichè per via transtubarica.

Il caso inverso, metastasi in ovaia di carcinoma uterino, è molto più frequente: ne riporta un caso, in cui, oltre ad esservi metastasi su ambedue le ovaia, vi era disseminazione di noduli carcinomatosi sulla sierosa dell'utero e dei legamenti larghi.

La seduta è chiusa alle ore 19,30 dopo un vivo ringraziamento e saluto del Presidente Sen. Pescarolo a tutti gli intervenuti.